



UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ



**“Hemorragias uterinas en el puerperio inmediato de pacientes
atendidas en Ginecología del Instituto Ecuatoriano de
Seguridad Social y Hospital Rodríguez Zambrano Manta
periodo 2015 - 2016”**

AUTORES:

LUCAS ALARCÓN JORGE GREGORIO

MENDOZA ZAMBRANO CINTHIA KATHERINE

Facultad de Enfermería

MANTA-MANABÍ-ECUADOR

19 – 08 – 2016

AGRADECIMIENTO:

Damos nuestros agradecimientos a Dios y a nuestros padres, por su apoyo, impulso y cariño brindados sin condición alguna, en cada una de nuestras metas.

A la Universidad Laica "Eloy Alfaro de Manabí" y a los docentes de la facultad de Enfermería, por darme la oportunidad de aprender y forjarme como profesional.

Un agradecimiento específico a mi tutora del proyecto de investigación de tesis la Lcda. Mg. Fátima Figueroa, por su asesoramiento persistente, serenidad y buen método de enseñanza.

A mis compañeros de clases, por brindarme su amistad y compañía en este proceder de aprendizaje y conocimientos.

APROBACIÓN DEL TEMA

Previo el cumplimiento de los requisitos de la ley, el tribunal otorga la calificación de:

_____	_____
Miembro	Calificación
_____	_____
Miembro	Calificación
_____	_____
Director de tesis	Calificación
-----	_____
Suma total de defensa	Secretaria

DEDICATORIA:

Dedicamos este proyecto de investigación con todo nuestro amor y devoción a nuestros padres, por enseñarnos a luchar día a día y no dejarnos vencer en nuestro proceso de formación ante la vida, por habernos brindado su comprensión y apoyo absoluto durante toda nuestra carrera, por todos sus consejos que nos ayudan a superar obstáculos que se nos presentan en nuestras vidas.

A nuestras parejas que nos apoyan y nos brindan sus conocimientos en nuestro proceso de estudio, para poder alcanzar las metas planteadas.

A Dios, por darnos fuerzas y ser nuestro guía para seguir y alcanzar nuestras metas.

RECONOCIMIENTO

Gracias a Dios nuestro creador por darnos fuerzas, ánimos, paciencia y sabiduría para culminar nuestros estudios universitarios.

A nuestros padres, Adalid Mendoza y Nancy Zambrano y Jorge Lucas y Margoth Alarcón que son nuestro ejemplo a seguir a quienes amamos con nuestros corazones por ser los mejores padres, gracias por hacer de nosotros lo que somos ahora.

A los maestros y compañeros de la carrera en especial a la Lic. Fátima Figueroa Cañarte nuestra tutora y guía en todo el proceso, gracias por compartir estos años de estudios con el fin de crecer como personas y profesionales.

¡Gracias a todos!

INTRODUCCIÓN

Las hemorragias post-parto y post-cesárea son unas de las complicaciones obstétricas más temidas y una de las tres causas de morbilidad materna en el mundo, universalmente se define como la pérdida hemática superior a 500 ml post parto vaginal y 1000 ml post cesárea. Las hemorragias dentro de un parto y cesárea han sido un reto clínico y existe una gran diversidad entre los valores considerados normales durante la atención de partos de alto o bajo riesgo. La medición objetiva del sangrado no es fácil ni se hace en forma rutinaria. La cuantificación del sangrado Intra-parto ha sido un reto clínico y existe una gran divergencia entre los valores considerados normales durante la atención de partos de bajo riesgo o normales. Según (Calle, 2008)“estimó el sangrado normal postparto en 600 ml”. Estimó la magnitud del sangrado alrededor de 450 ml y consideró que el 6% de las mujeres presentaron un sangrado mayor de 500 ml”. Estudios más recientes, con mediciones seriadas del nivel de hemoglobina y recolección del sangrado Intra-parto han estimado que el sangrado normal durante el parto varía entre 150 y 600 ml en las primeras 24 horas.

“La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la hemorragia anormal del post-parto (HPP) como la pérdida sanguínea mayor de 500 mL en las siguientes 24 horas post-parto”. (Martínez-Galiano, 2009) Esta definición tiene un horizonte temporal muy amplio y en muchos casos las pacientes con partos sin complicaciones no son seguidas durante el puerperio por este lapso siendo una definición poco práctica y confiable para el diagnóstico de hemorragia anormal Intra-parto.

El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG) en el año 1998, estableció la definición de hemorragia post-parto como la caída de más de 10 puntos en el hematocrito en sangre periférica en las primeras 24 horas post-parto comparando con los niveles de hematocrito en los 120 días previos al parto. (orge Andrés Rubio-Romero¹, July/Sept. 2010)

Esta definición es más objetiva y repetible para definir el diagnóstico de Hemorragias Post-Parto (HPP), y es el método más usado para evaluar las intervenciones de prevención y tratamiento de la (HPP). Sin embargo, esta prueba implica un aumento de los costos de atención si esta medición se realiza sistemáticamente en todas las gestantes. Se ha definido la (HPP) severa cuando la pérdida de sangre sobrepasa los 1000 ml. en las primeras 24 horas, la necesidad de establecer medidas de reanimación, conocidas en la actualidad como código rojo o la necesidad de transfusión en el post- parto inmediato. Estas definiciones tienen aún menor sensibilidad diagnóstica y no existe la certeza de si sangrados menos severos tienen consecuencias mortales sobre la salud de las mujeres durante el puerperio.

El estudio se llevó a cabo en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y hospital Rodríguez Zambrano de Manta, con la colaboración de usuarios y personal de salud en el área de Ginecología sobre el “Control de Hemorragias Uterinas en el Puerperio Inmediato” En la actualidad se debe realizar controles periódicos a la embarazada por el personal de enfermería desde el inicio de su gestación hasta la culminación del parto, con el chequeo oportuno y conociendo a tiempo los posibles factores de contingencia, para sangrar durante el parto, además el personal de enfermería contara con instrucción, en conjunto al personal de salud para así disminuir y controlar las hemorragias.

En el presente trabajo de investigación se pretende conocer y establecer a ciencia cierta el problema científico: “Como mejorar el control de las hemorragias en la recuperación en las púerperas post-parto y post-cesárea, evitando complicaciones futuras”.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación se basó en un estudio clínico descriptivo, en 1000 casos de pacientes con el diagnóstico de hemorragias uterinas en post-parto y post-cesárea, quienes fueron atendidas en el Seguro Ecuatoriano de Seguridad Social y del hospital Rodríguez Zambrano de Manta. Las edades de las pacientes oscilaron entre los 20 a 25 años multíparas, que vivan en Manta. La población a escoger fue pacientes que oscilan entre 20 a 25 años de edad un total de 250 pacientes, de las cuales se sustrajo una muestra de 100 pacientes que reunían los criterios de inclusión que se acogió. Dentro de los métodos científicos perseverante se destaca los empíricos y teóricos, se dispone bibliografías actualizadas que permiten respaldar el tema de Investigación. Es importante señalar que la atonía uterina fue una de las causas que mayormente desencadenaron cuadros de hemorragia post-parto y post- cesárea. Los objetivos de este proyecto es determinar la continuidad de la hemorragia post-parto y post-cesárea y de diseñar una guía de observación para el control de indicadores de hemorragias uterinas que facilite y garantice un mejoramiento de la atención con calidad y calidez a las puérperas en su post-operatorio inmediato, para prevenir posibles intervenciones quirúrgicas y garantizar su tratamiento y recuperación completa.

Palabras claves: hemorragia uterina, factores de riesgo, cuidados en puerperio inmediatos.

SUMMARY

This research was based on a descriptive clinical study in 1000 cases of patients with the diagnosis of uterine bleeding in post-partum and post-caesarean, who were treated in the Ecuadorian sure Social Security and Rodriguez Zambrano hospital Manta. The ages of the patients ranged from 20 to 25 years multiparas living in Manta. The population was patients choose ranging from 20 to 25 years a total of 250 patients, of which a sample of 100 patients who met the inclusion criteria was subtracted filed. Within the scientific methods persevering empirical and theoretical stands, updated bibliographies that allow the subject Research support is provided. It is important to note that uterine atony was one of the causes that triggered mostly pictures of postpartum hemorrhage and post-caesarean section. The objectives of this project is to determine the continuity of post-partum and post-cesarean section hemorrhage and designing an observation guide for monitoring indicators of uterine bleeding that facilitate and ensure an improved quality care and warmth to postpartum women in the immediate post-operative, to prevent possible surgical interventions and ensure their treatment and complete recovery.

Keywords: uterine bleeding, risk factors, immediate postpartum care

INDICE

TÍTULO -----	1
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN-----	2
A) Planteamiento del problema-----	2
B). Formulación del problema -----	4
III OBJETIVOS -----	5
Objetivo General	5
Objetivos específicos	5
IV. JUSTIFICACIÓN -----	6
V. MARCO TEORICO-----	8
ASPECTO BIOSICOSOCIAL EN LA MUJER EMBARAZADA.	8
Puerperio inmediato – primera etapa de recuperación fisiológica	9
Post-parto, post-cesárea. Una atención en el cuidado de la salud.	10
DEFINICIÓN	10
EPIDEMIOLOGIA.	11
CLASIFICACIÓN	11
Factores predisponentes para hemorragia post-parto	12
Causas de hemorragia post-parto	12
ATONÍA UTERINA	15
El tratamiento de esta situación consiste en la reposición manual del útero.	17
Control de hemorragias post-parto	20
Atención de enfermería	20
Control de hemorragias uterinas en pacientes post-parto, post-cesárea	20
Atención de enfermería durante el periodo preoperatorio	21
VI. METODOLOGIA -----	25
Lugar y tiempo:	25
Tipo de estudio:	25
MÉTODOS -----	25
POBLACIÓN Y MUESTRA -----	26
Población.	26
MUESTRA.	27
PERSONAL	28
RECURSOS MATERIALES -----	29
RECURSOS HUMANOS-----	29

VII. PRESUPUESTO-----	30
VIII. ANÁLISIS Y TABULACIÓN DE LOS RESULTADOS.-----	31
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES-----	52
CONCLUSIONES	52
RECOMENDACIONES	53
X CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PROYECTO-----	54
XI. Bibliografía.-----	56
XII. PROPUESTA -----	57
Título	57
Justificación	57
Objetivos específicos	58
Responsables	58
Control y evaluación	59
ANEXOS-----	61

TÍTULO

“Hemorragias uterinas en el puerperio inmediato de pacientes atendidas en Ginecología del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y hospital Rodríguez Zambrano. Manta periodo 2015 - 2016”

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Tema de investigación

“Hemorragias uterinas en puerperio inmediato de puérperas atendidas en Ginecología del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y hospital Rodríguez Zambrano Manta periodo 2015 - 2016”

A) Planteamiento del problema

Las hemorragias uterinas en el puerperio inmediato es la principal causa de muertes maternas, por no llevar un control adecuado y estricto en la eliminación que ocurre en este proceso, esto puede provocar una hipovolemia por pérdida excesiva de sangre causando la debilidad de la puérpera e incluso la muerte.

Hoy en día los controles de las hemorragias uterinas no han mejorado, ya que no se le pone importancia alguna, por este motivo existe cada día una afección hacia las puérperas, ya que terminan su proceso con anemia grave e incluso pueden terminar con la muerte de la paciente.

Existen varios factores que pueden provocar una hemorragia uterina causando hipovolemia que ocurre cuando la puérperas tiene una pérdida excesiva de sangre lo que se tiene estimado es 520ml en parto y 1000ml en cesárea, provocando que el corazón eleve el gasto cardíaco (taquicardia), tratando de que llegue sangre a los órganos del cuerpo. Se puede provocar shock por la disminución de flujo sanguíneo lo que puede provocar que varios órganos del cuerpo dejen de funcionar.

Entre los factores de riesgo psicológicos está el de la precaria salud emocional de la madre ya que el embarazo representa un cambio en la vida de la mujer y se le considera un periodo crítico del desarrollo psicológico porque pone a prueba el nivel de madurez emocional de la mujer. “De hecho, se considera que el embarazo produce una alteración transitoria de la mujer, ya que ésta requiere adaptarse a una nueva situación generando una alteración emocional”. **(González-Vázquez1, 2014)** La depresión es también un factor de riesgo de la mujer embarazada. La depresión materna posnatal y antes del parto es un trastorno psiquiátrico frecuente y un factor de riesgo para trastornos

de humor post-parto. En el embarazo los factores asociados a la depresión son: depresión previa, abandono o suspensión del tratamiento antidepresivo, adolescencia, menor escolaridad, ser ama de casa de tiempo completo y nivel socioeconómico bajo. Los embarazos no deseados, pero por cuestiones personales, sociales y culturales se ven obligada a tener al producto. Otros factores socioculturales son: las madres solteras sin respaldo, en donde la tradición cultural de la sociedad obliga a que se dé el embarazo dentro del matrimonio y cuando esto no sucede y al no contar con el apoyo de la pareja, se condiciona a la mujer a realizar trabajos inadecuados que impiden el óptimo desarrollo del parto. También los conflictos con las parejas son un factor de riesgo dado que los conflictos de las mujeres embarazadas giran alrededor de la relación con su pareja y del papel que juega el nuevo hijo en su dinámica familiar. Los conflictos con la familia tienden a alterar el estado emocional de la embarazada ya que si el embarazo no es bienvenido, al no tener una pareja estable y sin solvencia económica, se da la depresión para la mujer embarazada. La violencia física intrafamiliar es otro factor de riesgo. La violencia física durante el embarazo ocasionado por esposos y familiares tiene una incidencia alta en donde el 13% de las mujeres embarazadas recibieron golpes durante el embarazo. **(González-Vázquez1, 2014)**

En un informe realizado por la OMS en Latinoamérica, varios países han dado pasos muy significativos e importantes para disminuir la mortalidad materna, como es el caso de Uruguay, que en el período 1990-2013 consiguió reducirla en un 67 %; Perú, en un 64 % y Ecuador en un 44%. Existen varios factores que influyen en una hemorragia uterina en el puerperio inmediato, los cuales pueden provocar que el paciente llegue a pasar por un proceso quirúrgico complicado estos factores pueden ser; edad, nutrición, enfermedades asociadas etc. **(universo, 2014)**

B). Formulación del problema

Teniendo en cuenta la estimación descrita y el compromiso que tiene el profesional de enfermería en el control de hemorragias uterinas en el puerperio inmediato se formula o se prescribe el siguiente problema científico:

¿Cómo influyen los factores de riesgo biopsicosociales en la presencia de hemorragias en el puerperio inmediato en el servicio de ginecología del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y hospital Rodríguez Zambrano?

C). Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son los referentes teóricos vinculados a la influencia de factores biopsicosociales que causan hemorragias en el puerperio inmediato?
- ¿Cuáles son los principales factores de riesgo biopsicosociales en el puerperio inmediato en las puérperas hospitalizadas post-partos y post-cesárea en hemorragias uterinas?
- ¿Cuál es la intervención del personal de salud en el puerperio inmediato post-parto de las puérperas hospitalizadas?

III OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar factores de riesgos biopsicosocial que influyen en las hemorragias post-parto en el puerperio inmediato mediante la aplicación de encuesta para disminuir riesgos de complicaciones en puérperas en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y Hospital Rodríguez Zambrano de Manta 2015-2016.

Objetivos específicos

- Identificar los principales factores de riesgos biopsicosociales que afectan a las puérperas.
- Determinar el grado de conocimiento que tiene el personal de enfermería sobre las hemorragias en puerperio inmediato.
- Proponer un plan de capacitación al equipo de salud y a las gestantes sobre la influencia que tienen de los factores biopsicosociales en las hemorragias en puerperio inmediato.

IV. JUSTIFICACIÓN

La hemorragia post-parto (**HPP**) es una de las cinco causas directas más frecuentes de morbilidad materna a nivel mundial, en especial en los países en vías de desarrollo. La atonía uterina es la causa más frecuente de hemorragia post-parto. La Organización Mundial de la Salud (**OMS**) recomendó el manejo activo del alumbramiento para la prevención de la hemorragia posparto causada por atonía uterina para los partos en un centro sanitario. El manejo activo del alumbramiento consta de la administración de un uterotónicos profiláctico, la tracción controlada del cordón umbilical y el masaje uterino luego del alumbramiento de la placenta. La OMS ha recomendado la administración de uterotónicos, entre otros, la oxitócica, la ergometría y las prostaglandinas (por ejemplo, el misoprostol) para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto.

“En los países en vías de desarrollo, son muchos los problemas relacionados con la atención de la salud extra hospitalaria, incluida la escasez de establecimientos sanitarios. Asimismo, más del 70% de los partos en los países en vías de desarrollo son domiciliarios debido a preferencias culturales, motivos económicos o dificultades asociadas con el acceso a los servicios sanitarios adecuados. Además” (**Sangkomkamhang U. S. y Lumbiganon, 2016**), muchos factores pueden causar resultados adversos relacionados con la hemorragia posparto, como la falta de experiencia de quienes asisten los partos, la falta de transfusiones de sangre y el traslado tardío de la mujer a un hospital.

En un informe realizado por la OMS en Latinoamérica, varios países han dado pasos muy significativos e importantes para disminuir la mortalidad materna, como es el caso de Uruguay, que en el período 1990-2013 consiguió reducirla en un 67 %; Perú, en un 64 % y Ecuador en un 44%.

Es importante dar a conocer la importancia de una investigación en hemorragias uterinas en el puerperio inmediato en pacientes atendidas en ginecología ya que las hemorragias uterinas son muy frecuentes en el puerperio inmediato y que cada vez aumenta el número de pacientes con complicaciones post-parto.

El puerperio normal abarca todos aquellos cambios biopsicosocial y fisiológicos que ocurren en el organismo materno desde la expulsión del feto hasta el retorno de los órganos genitales internos. Así como también los cambios que surge una mujer en una intervención quirúrgica (cesárea), ya que también se da un proceso en el cual se necesita mucho cuidado ya que puede haber una rotura de algún vaso sanguíneo u otros elementos que provoquen una hemorragia interna adicional causando un choque hipovolémico (volumen de sangre bajo). Si bien en el pasado las complicaciones puerperales explicaban la mayoría de los casos de muerte obstétrica, los avances en la medicina han hecho que las complicaciones del puerperio, sobre todo las infecciosas sean poco frecuentes.

Sin embargo, cuando existen condiciones hospitalarias inadecuadas o una mala conducta obstétrica, las infecciones y las hemorragias constituyen las principales complicaciones de este período. Dada la importancia de las complicaciones del puerperio por su magnitud en la mortalidad materna, con sus diferentes complicaciones, se debe analizar con ética y nuestra capacidad reflexiva y cognoscitiva ante estas situaciones, ya sea desde la revisión de la cavidad uterina hasta el final del puerperio siempre hay que mantener vigilancia y comprende a todo el personal de salud.

V. MARCO TEORICO

ASPECTO BIOSICOSOCIAL EN LA MUJER EMBARAZADA.

El modelo biopsicosocial es un modelo de enfoque participativo de salud y enfermedad que postula en el factor biológico, el psicológicos (pensamientos, emociones y conductas, así como los factores sociales desempeñan un papel significativo de la actividad humana en el contexto de una enfermedad o una discapacidad. **(bonilla, 2010)**

“La maternidad es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado”. **(Issler, 2001)** Las madres adolescentes pertenecen a sectores sociales más desprotegidos y, en las circunstancias en que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares. Es habitual que asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como "hija-madre", cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron. También, en su historia, se encuentran figuras masculinas cambiantes, que no ejercen un rol ordenador ni de afectividad paterna, privándolas de la confianza y seguridad en el sexo opuesto, incluso con el mismo padre biológico. Así, por temor a perder lo que cree tener o en la búsqueda de afecto, se someten a relaciones con parejas que las maltratan. En otros casos, especialmente en menores de 14 años, el embarazo es la consecuencia del "abuso sexual", en la mayoría de los casos por su padre biológico. El despertar sexual suele ser precoz y muy importante en sus vidas carentes de otros intereses; con escolaridad pobre; sin proyectos (laborales, de uso del tiempo libre, de estudio); con modelos familiares de iniciación sexual precoz; por estimulación de los medios, inician a muy corta edad sus relaciones sexuales con chicos muy jóvenes, con muy escasa comunicación verbal y predominio del lenguaje corporal. Tienen relaciones sexuales sin protección contra enfermedades de transmisión sexual buscando a través de sus fantasías, el amor que compense sus carencias.

Puerperio inmediato – primera etapa de recuperación fisiológica

El puerperio inmediato son las primeras horas después del parto. Se debe realizar una vigilancia de la madre controlando sus constantes vitales, como la tensión arterial, el pulso y la temperatura. Es muy importante vigilar la involución uterina para evitar sangrados excesivos. Se palpa el útero como una masa de consistencia dura unos 2-4 cm por debajo del ombligo. **(zena-vega-benites, 2015)** La realización de masajes en el fondo uterino ayuda su correcta involución. En las primeras horas pueden aparecer los entuertos puerperales, contracciones uterinas a veces dolorosas, más frecuentes en puérperas que han tenido ya varios partos previos. Los loquios son las pérdidas vaginales post-partas, que al principio serán rojos y al cabo de los días cambiarán a color marrón y posteriormente amarillentas. Vigilar la cantidad de los loquios, así como su olor para detectar posibles infecciones lo antes posible.

“Es importante que la primera micción post-parto no se demore en exceso para evitar infecciones de orina y favorecer la correcta contracción uterina”. **(Bombí, 2011)** En algunos casos se mantendrá una sonda urinaria las primeras horas post-parto. La evacuación intestinal debe favorecerse con dieta rica en fibra y la utilización de micro enemas si son necesarios.

Las puérperas a las que se les ha aplicado una anestesia epidural pueden presentar temblores post-parto que no deben angustiarlas y que suelen desaparecer un espacio corto de tiempo. Es muy importante que no se levanten de la cama hasta que no esté comprobado que las extremidades han recuperado toda la sensibilidad y la fuerza. La deambulación precoz ayuda a prevenir complicaciones como la tromboflebitis por lo que se recomienda la deambulación precoz post-parto.

Las extremidades inferiores deben controlarse los primeros días para detectar edemas importantes o signos de tromboflebitis.

Se debe también vigilarse la herida y su buena cicatrización, tanto en cesáreas como en partos vaginales y debe administrarse la analgesia necesaria para una mitigación del dolor. Es muy importante la correcta higiene de la episiotomía, lavándola con agua y jabón cada vez después de orinar y defecar,

manteniéndose seca la zona. Para ello es recomendable utilizar un secador de pelo. Las compresas deben usarse de algodón y cambiarlas frecuentemente.

Post-parto, post-cesárea. Una atención en el cuidado de la salud.

DEFINICIÓN

“Las hemorragias post-parto, la causa más frecuente de hemorragia grave en obstetricia, se ha definido generalmente como una pérdida de sangre superior a 500ml durante las primeras 24 horas después del parto”. **(Dra. Patricia Asturizaga, 2014)** Mediante las determinaciones cuantitativas de la pérdida de sangre puerperal, se ha demostrado, sin embargo, claramente la incongruencia de esta definición, ya que la pérdida hemática resultante de parto vaginal es frecuentemente algo superior a 500ml. por ejemplo, midió la cantidad de hemoglobina eliminada por 105 mujeres desde el momento del parto vaginal hasta las 24 horas siguientes verificó que la pérdida hemática media fue de unos 550ml.

Si bien la hemorragia post-parto es una complicación obstétrica muy seria, es importante destacar que es altamente prevenible. Por ello, el conocer los factores de riesgo que la pueden desencadenar permite al personal de salud estar prevenido para disminuir los efectos de esta emergencia. **(Calle, 2008, pág. 234)**

Durante un parto vaginal y las siguientes horas la circulación materna pierde hematíes que equivalen aproximadamente a 600ml de sangre. Por esta razón, una pérdida hemática algo superior a 500ml, mediante una determinación precisa, no constituye necesariamente un acontecimiento anómalo en caso de parto vaginal junto. Observaron que alrededor del 5% de las mujeres que presentaron partos vaginales perdieron más de 1000ml de sangre.

Un ensayo aleatorizado que incluyó casi 4.400 partos para determinar si la lactancia inmediatamente después del parto reducía la incidencia de hemorragias posparto. La incidencia global de hemorragias post-parto fue del 8% y dicha hemorragia no se previno mediante la succión.

EPIDEMIOLOGIA.

La hemorragia post-parto es una de las principales causas de muerte materna. Se calcula que entre el 1% y 2% de todos los partos se complican con un cuadro hemorrágico responsable del 75% de las complicaciones graves que tienen lugar en las primeras 24 horas después del nacimiento. Si nos ajustamos a las definiciones de la OMS, la hemorragia puerperal es la responsable del 25-30% de los casos de mortalidad materna por causas obstétricas directas, con una distribución muy desigual según se trate de países pobres o ricos. No podemos olvidar que el 99% de las muertes relacionadas con el embarazo, el parto o el puerperio, suceden en países no desarrollados, situación que evidencia claramente las importantes diferencias socioeconómicas y sanitarias existentes en el mundo.

Alrededor de medio millón de mujeres en todo el mundo mueren anualmente por causas relacionadas con el embarazo y el parto. Se estima que ocurren 140.000 muertes por esta causa en todo el mundo cada año (1 cada 4 minutos). La prevalencia aproximada es de 13%. En nuestro País en el año 2011 según las estadísticas del INEC la hemorragia postparto fue la principal causa de muerte materna, seguida después de los trastornos hipertensivos. Además de la 8- muerte puede producir morbilidad materna grave y secuelas que incluyen coagulo Patía, shock, pérdida de la fertilidad y necrosis hipofisaria.

CLASIFICACIÓN

La consulta urgente al ginecólogo por una hemorragia puede proceder de una paciente en su post-parto inmediato o de una puérpera previamente dada de alta que sufre un sangrado abundante; ya que la hemorragia post-parto abarca un periodo amplio en el tiempo.

Puede dividirse en dos etapas:

Hemorragias del post-parto precoz o post-parto inmediato; también denominadas hemorragias agudas: que son aquellas que ocurren en las primeras 24 horas.

En este caso la consulta procederá de pacientes ingresadas.

Hemorragias del post-parto tardío: son aquellas que ocurren entre las primeras 24 horas post-parto y las 6 semanas que siguen al parto.

Según el momento en que comience la hemorragia la consulta puede proceder de la planta de tocología o de pacientes que acuden a un servicio de urgencias porque después de los días o semanas de evolución puerperal normal, comienzan de forma brusca y repentina con emisión de sangre por vagina, que puede provocarle o no, inestabilidad hemodinámica.

Toda paciente que sufra un cuadro de estas características debe ser remitida a un centro hospitalario para valoración de su estado general y hemodinámico, del origen de su hemorragia y de su tratamiento.

Factores predisponentes para hemorragia post-parto

- Edad materna avanzada.
- Multípara, considerándose ésta con un número de hijos superior a 5.
- Antecedente de hemorragia puerperal en gestaciones anteriores.
- Sobre distensión uterina (poli hidramnios, embarazo múltiple, macrostomia fetal...).
- Alteración de la contractilidad uterina; situaciones que pueden producir esta alteración son: toco lisis, miomas.
- Parto prolongado o precipitado.
- Coagulo Patía materna.
- Complicaciones que se asocian con hemorragias ante parto, como son: placenta previa, abrupción placentaria.

El siguiente paso en el diagnóstico debe ser determinar la etiología de la hemorragia y por lo tanto debemos establecer el diagnóstico diferencial de la hemorragia uterina post-parto.

Causas de hemorragia post-parto

- Atonía uterina.
- Retención placentaria.
- Lesiones del canal blando del parto.

- Rotura uterina.
- Inversión uterina.
- Placenta ácrata.
- Coagulopatias.
- Cicatriz de histerotomía.
- Tumores del útero.

La causa más frecuente de hemorragia puerperal es la atonía uterina. Sus factores predisponentes son los que se han mencionado anteriormente y la forma de reconocerlo es mediante la exploración.

El útero puerperal normal se encuentra firmemente contraído, con forma globular y se palpa por debajo del ombligo. Cuando se produce una atonía uterina nos encontramos con útero blando acompañado de sangrado vaginal.

Hay que diferenciar la hipotonía total: útero que sangra, blando, de la hipotonía parcial en la que el útero se contrae, pero se eleva por distensión del segmento inferior. Al exprimir el útero salen coágulos y sangre acumulada. Esta situación se da con más frecuencia en los casos de placenta previa inserta en segmento inferior que dificulta la hemostasia en ese sector del útero.

Otra causa de hemorragia puerperal es debida a retención placentaria, de cotiledones o de membranas. Clínicamente se manifiesta por una atonía uterina con sangrado uterino debido a una inadecuada contractilidad, y la ecografía es el arma diagnóstica para determinar la presencia o ausencia de tejido placentario retenido intraútero.

En caso de que el útero esté contraído, el siguiente paso que debemos realizar es la visualización cuidadosa del canal blando del parto, ya que la lesión del mismo es la siguiente causa en frecuencia de hemorragia post-parto.

La hemorragia puede proceder de lesiones a nivel de vulva, vagina o cérvix que se hayan producido de forma espontánea o por maniobras teúrgicas.

Esta exploración debe llevarse a cabo con la iluminación adecuada y si es difícil de realizar por resistencia de la paciente se realizará la exploración en quirófano bajo anestesia.

Rotura uterina: puede producirse de forma espontánea, secundaria a traumatismo o por una rotura de cicatriz uterina previa. Los factores que la favorecen son el parto prolongado u obstruido. La exploración uterina se lleva a cabo con una mano sobre el fondo uterino, sobre el abdomen de la paciente, mientras que con la otra mano se recorre toda la superficie uterina a través del cuello dilatado. Esta exploración sirve para descartar otra de las causas de hemorragia que es la inversión uterina.

La inversión uterina se detecta por la imposibilidad de palpar el fondo uterino o por notar una indotación en el fondo. Esta situación puede producirse por tracción intempestiva del cordón umbilical con placenta adherida, por vaciamiento rápido del útero, extracción manual de placenta o por fármacos uterorrelajantes.

Placenta ácrata (trofoblasto anclado en miometrio), íncrета (invade miometrio), o pércreta (penetra por él y llega a serosa uterina).

Factores de riesgo para esta situación son: edad entre 30 y 35 años, múltipara, antecedente de cesárea, placenta previa, antecedente de legrado, o infección.

Coagulopatias; pueden ser hereditarias o adquiridas debidas a problemas como: hipertensión inducida por el embarazo, feto muerto retenido, embolia de líquido amniótico, sepsis... Cicatriz de histerotomía: en algunas cesáreas puede producirse hemorragia no por rotura de una cicatriz anterior sino por sangrado del lecho de la cicatriz actual por reabsorción difícil o irregularidad de las suturas.

Tumores del útero: miomas (submucosos), o carcinomas que dificultan la contractilidad normal del útero y producen una adherencia más íntima de lo normal de la placenta. Destacar que en esta época de la vida de la mujer el

carcinoma genital más frecuente es el de cérvix y que puede sangrar por su lesión.

ATONÍA UTERINA

El sondaje vesical va a favorecer la contractilidad uterina.

Se realizará masaje y compresión uterina.

Éste debe realizarse con una mano en vagina, contra el segmento inferior, para elevar el útero y estirar las arterias uterinas y así disminuir su calibre y el sangrado uterino; mientras con la mano situada sobre el fondo uterino, sobre el abdomen de la paciente, se realizará un masaje uterino comprimiéndolo contra la mano colocada en vagina.

Estas medidas deben ir acompañadas de tratamiento farmacológico que favorezca la contractilidad uterina. Los agentes más utilizados son:

Oxitócica: Este suele ser el primer agente utilizado. Se presenta en ampollas de 1ml con 10 u diluidas.

Se administrarán 20 U diluidas en 1000 ml de suero salino a razón de 125-200 ml/h.

Otra opción es administrar 10 U IM.

Dosis mayores de oxitócica no tienen eficacia y pueden producir intoxicación hídrica secundaria a la acción antidiurética de la oxitócica (por su similitud estructural con la vasopresina).

Una vez controlada la hemorragia la dosis a administrar es de 2-4 UI/min durante 24-48 horas más, (10-20 U diluidas en 500 ml de suero a pasar cada 8h).

La oxitócica no debe administrarse en bolo intravenoso porque podría producir una relajación del músculo liso vascular y provocar hipotensión.

Derivados ergotínicos: El más utilizado es la metilergometrina maleato, cuyo nombre comercial es Methergin y se presenta en ampollas de 1 ml con 0,2 mg diluidos en él.

Se administra a dosis de 0,2 mg I.M. O de forma intravenosa, 1 o 2 ampollas en infusión directa lenta.

No debe administrarse en bolo de forma rápida por la posibilidad de provocar una crisis hipertensiva.

Este fármaco está contraindicado en casos de HTA no controlada o preclamsia.

Prostaglandinas: Análogos 15-metilados de la PG F2alfa. La dosis más habitual es de 250 microgramos I.M. Siendo eficaz en el 75-80% de los casos, con una sola dosis, aunque puede repetirse cada 15-90 minutos hasta una dosis máxima de 2 mg. Su nombre comercial es Hemabate (en los Hospitales Españoles se puede conseguir solicitándolo como medicamento extranjero) y se distribuye en ampollas de 1ml con 250 microgramos diluidos.

Lesión del canal blando del parto

Si el masaje uterino y los agentes uterotónicos no han sido efectivos para controlar la hemorragia deben buscarse otras causas de la misma como retenciones placentarias, lesiones del canal blando del parto... etc.

La revisión del canal blando del parto debe hacerse con la iluminación adecuada y bajo anestesia si es preciso, para detectar y reparar lesiones en vulva y/o vagina y/o cérvix uterino.

Las lesiones de vagina pueden ser muy extensas, desde fondo de saco vaginal a fosa isquiorrectal, siendo muy importante la sutura de toda la pared vaginal y los planos subcutáneos ya que si no se consigue una hemostasia correcta podría producirse sangrado en la fosa isquiorrectal y formarse un hematoma.

Retención placentaria

Si se comprueba la integridad del canal del parto, se explorará la cavidad uterina en busca de retención de restos, rotura o inversión.

Debe continuarse la administración de uterotónicos y se debe estimular y comprimir manualmente el útero, e intentarse la extracción manual de los restos placentarios; si esto no es posible, o no se tiene acceso al interior de la

cavidad uterina por diagnóstico tardío de los restos, está indicada la realización de un legrado puerperal que se realizará con legas grandes.

Inversión uterina

El tratamiento de esta situación consiste en la reposición manual del útero.

El fondo uterino invertido se coge en la palma de la mano con los dedos sobre el fornix posterior.

El útero se eleva en la pelvis y se dirige ejerciendo presión hacia el ombligo después de haber extraído la placenta.

Resultado final tras la extracción placentaria.

Una vez en posición normal se administrarán uterotónicos, teniendo la precaución de no retirar la mano colocada en la cavidad uterina hasta que el útero no esté bien contraído. Si el cuello forma un anillo que impida la reposición del cuerpo uterino a su posición, se administrarán uteroinhibidores como beta mimético o sulfato de magnesio. Si con estos dos agentes no se consigue, se administrarán anestésicos halogenados como el altano.

Taponamiento uterino

Se considera útil en el control de la hemorragia secundaria a atonía uterina, placenta ácreta y placenta previa. Se añade siempre cobertura antibiótica profiláctica: Una pauta válida es la administración de 1 gr de ampicilina diluida en 100 ml de suero salina cada 6h (o eritromicina 500 mg/8h en caso de alergia a penicilina) + gentamicina 1,5 mg/kg diluido en 100 ml de suero salino cada 8h (o 240 mg/24h).

Coagulopatias

Si se cree o se conoce una Coagulopatias, o se instaura una Coagulopatias, se diagnosticará por el sangrado excesivo, sangrado en zonas de venopunción o sangrado espontáneo de mucosas, acompañado de una disminución del fibrinógeno y las plaquetas y elevación de los factores de degradación del fibrinógeno; y debe iniciarse el tratamiento con administración de factores

hemáticos: lo más eficaz es la administración de plasma fresco congelado. Si la Coagulopatias conlleva sobre todo hipo fibrinogenemia, estaría indicado la administración de crio precipitados.

Y si se produce trombo peña (<20000 por milímetro cúbico) se indicará transfusión de plaquetas a razón de 1 U de plaquetas por cada 10 kg de peso de la paciente. En caso de transfusión de plaquetas debe administrarse inmunoglobulina anti-D a las pacientes RH negativas por el potencial de inmunización de las células Rh positivas contenidas en las plaquetas. El empleo de heparina para tratar de romper el proceso de coagulación extravascular en los primeros momentos ha sido abandonado. Lo mismo ocurre con la administración aislada de fibrinógeno. La administración de antifibrinolíticos (ácido epsilonaminocaproico) queda reservada para casos de fibrinólisis marcada.

Hemorragia tardía

Si se sospecha causa infecciosa debe instaurarse tratamiento antibiótico (añadido a un uterotónicos). Una pauta recomendada como primera opción iniciar el tratamiento con ampicilina (1gr i.v. /6h) + gentamicina (1,5 mg/kg peso i.v. cada 8h; o 240 mg/24h) + clindamicina (600 mg i.v. /6 horas o 900 mg/8h). Como segunda opción proponemos: cefalosporina de segunda generación, por ejemplo, mefoxitin (1 gr i. v. /6h) + clindamicina (600 mg i.v. /6h o 900 mg/8h). En caso de alérgicas a penicilinas: clindamicina + gentamicina a las dosis anteriormente indicadas. Como segunda opción se puede administrar azitromicina (500 mg i.v. /6h) + metronidazol (500 mg iv. /8h). Por lo general se ha aceptado la necesidad de efectuar un legrado rápido a estas pacientes ya que la mayoría de los casos se deben a pólipos placentarios, no obstante, el legrado puede no eliminar el tejido placentario e intensificar la hemorragia; por ello también está indicada el inicio del tratamiento de la hemorragia tardía mediante la administración de uterotónicos. **(Dra. Patricia Asturizaga, 2014)**

La hierscopia es otra técnica que permite la extracción de restos con pinzas o legas bajo visualización directa de la cavidad uterina. Esta técnica está indicada siempre que el sangrado no impida la visualización.

Si tras evaluar a una paciente que consulta por una hemorragia tardía más allá de un mes postparto, se comprueba la estabilidad hemodinámica de la paciente, no existen signos ni síntomas de infección, el sangrado no es excesivo y la exploración ecográfica es normal puede considerarse el cuadro compatible con la primera regla postparto y se remitirá a la paciente a su domicilio advirtiéndole de la posibilidad de reglas irregulares los primeros meses postparto e indicándole que si el sangrado no cede o aumenta debe consultar de nuevo para valoración

Tratamiento quirúrgico

Cuando el tratamiento médico falla es necesario el tratamiento quirúrgico.

Embolización angiografía de las arterias uterinas: Esta opción se considera en etapas tempranas del tratamiento, ya que no es posible tras la ligadura de las arterias hipogástricas, porque se pierde el acceso a los vasos pélvicos.

Ligadura arterial: Dada la rica red de anastomosis que existe entre las arterias pélvicas, la ligadura no supone la abolición total del flujo uterino, por lo que se mantiene la vascularización e incluso la menstruación y la posibilidad de embarazos posteriores. Se comienza por la ligadura de las arterias uterinas, con ligadura posterior de las arterias ováricas si continúa la hemorragia. Si la hemorragia se produce por rotura uterina o por hematoma del ligamento ancho, se consigue un mejor control con la ligadura de las arterias hipogástricas, lo que conlleva una gran dificultad técnica por lo que sólo se realizará en pacientes en los que la conservación uterina sea muy importante.

Histerectomía: Se considera en función del grado de hemorragia, la estabilidad hematológica, si están cumplidos o no los deseos genésicos de la paciente y en función de la destreza y experiencia del cirujano; siendo un procedimiento aceptable que potencialmente salva la vida de las pacientes cuando todos los tratamientos médicos y quirúrgicos conservadores han fracasado; y se considera el tratamiento de elección en grados extensos de acretismo, sincretismo o preceptismo placentario. **(Perez, 2012)**

Control de hemorragias post-parto

Atención de enfermería

Estas acciones incluyen los cuidados directos y la enseñanza proporcionando un medio de apoyo y recuperación.

El personal de enfermería debe:

- Vigilar las características del sangrado (cantidad, color y presencia de coagulo), el sangrado excesivo del útero se considera un signo evidente de hemorragia
- Debe cuantificar la almohadilla sanitaria.
- Vigilar el estado del útero se palpa el fondo para asegurarse que está firme y bien contraído.
- Medir el pulso y la presión arterial cada ½ hora durante las primeras 2 horas y después cada hora.
- Con relación a la diuresis se le recomienda a la puérpera que vacíe su vejiga en las primeras horas del parto para evitar que se distienda.
- Proporcionar la ingestión de abundante líquidos.
- Cubrir a la puérpera si presenta escalofríos.
- Reposo y sueño, la madre necesita reposo absoluto.
- Se debe crear un ambiente tranquilo, facilitando las condiciones favorables, ya que la falta de sueño con frecuencia causa problema de tipo emocional.
- Cambiar almohadillas sanitarias, ropa de cama y batas las veces que sea necesario.
- Facilitar el contacto del padre con el hijo.

Control de hemorragias uterinas en pacientes post-parto, post-cesárea

Atención de enfermería

La enfermería Médico- Quirúrgica abarca tres grandes áreas: el área de enfermería, el área médica y el área quirúrgica. Abarca el fomento de la salud, la prevención de la enfermedad y el cuidado de personas adultas con

problemas de salud. La cirugía es la rama que se ocupa de las técnicas quirúrgicas. Cada intervención quirúrgica origina en el paciente una importante alteración fisiológica y emocional. Antiguamente las cirugías se dividían en mayores y menores, pero para el paciente no hay cirugía menor. El desarrollo de nuevas tecnologías como, por ejemplo, las técnicas endoscópicas y el desarrollo de cuidados de enfermería especializados están posibilitando disminuir los tiempos de estancias medias de los pacientes.

Atención de enfermería durante el periodo preoperatorio

El periodo preoperatorio abarca el espacio de tiempo comprendido desde que el paciente es informado de que su problema de salud ha de ser tratado quirúrgicamente, acepta este tratamiento y se fija una fecha para la intervención quirúrgica hasta que el enfermo es trasladado al área quirúrgica.

Objetivos de la valoración preoperatoria:

Recoger datos con el fin de identificar los factores de riesgo y planificar cuidados para mantener la seguridad del paciente a lo largo de toda la experiencia quirúrgica. Los objetivos de esta valoración son:-Determinar el estado psicológico y emocional para reforzar las estrategias de superación y conseguir las condiciones óptimas para afrontar la intervención y prevenir las posibles complicaciones postoperatorias.-Determinar los factores fisiológicos relacionados y no relacionados con el procedimiento quirúrgico que pueden aumentar el riesgo operatorio.-Identificar las medicaciones prescritas, los fármacos sin receta médica y los productos naturistas que el paciente toma y que pueden alterar el resultado de la cirugía o la anestesia.-Establecer los datos basales para comparar durante el periodo preoperatorio y postoperatorio.

Cuidados de enfermería en el preoperatorio:

En este periodo la enfermera debe identificar horas antes de la operación las necesidades que tiene el paciente, los factores de riesgo el apoyo que se necesita para preparar al individuo de forma correcta en el pos-operatorio y son:

- Preparación del paciente.

- Obtener información de la salud del paciente.
- Preparación psicológica.
- Antecedentes de salud.
- Determinar el diagnóstico del paciente y el tipo de cirugía.
- Aseo general.
- Mirar si ayuno entre 8 a 12 horas.
- Venoclisis y Vía venosa permeable.
- Obtención de antecedentes anestésicos e identificación de alergias o problemas genéticos conocidos que pueden afectar e resultado de la operación).
- El día de la cirugía se revisa los conocimientos del paciente acerca del proceso, se verifican su identidad y su sitio quirúrgico, se confirma el consentimiento informado y se inicia la infusión intravenosa.
- Educar al paciente.

Cuidados de enfermería en el preoperatorio mediato:

- Tomar muestras para exámenes
- Controlar signos vitales, peso-talla y observar estado de la piel
- Revisar indicaciones médicas e identificar al paciente
- Administrar medicamentos indicados
- Observar posibles reacciones a fármacos
- Educar al paciente sobre los ejercicios postoperatorios

Orientación y preparación: Asegurar que el paciente este en las mejores condiciones físicas y emocionales posibles para enfrentarse a la operación.

Responsabilidad de la enfermera:

- Recoger datos.
- Educar al paciente sobre la cirugía anestesia para reducir la ansiedad y facilitar su recuperación post-operatoria.
- Preparar al paciente en las mejores condiciones posibles para enfrentarse a la intervención quirúrgica y evitar complicaciones.

Cuidados de enfermería en el preoperatorio inmediato:

- Pedir al paciente que orine (si su condición lo permite)
- Retire: prótesis dental, audífonos, lentes, joyas, adornos del cabello
- Registrar en las notas de enfermería toda la preparación, fármacos administrados, parámetros de signos vitales, preparación zona y quién lo recibe en salas

Cuidados de enfermería en el postoperatorio mediato: Se inicia en la llegada del paciente a la Unidad de Enfermería

- Aliviar el dolor.
- Prevenir complicaciones.
- Valorar el estado general del paciente.
- Coloración de piel y mucosas.
- Acomodar al paciente en la posición más adecuada, según el tipo de intervención quirúrgica.
- Medir y registrar los signos vitales.
- Utilizar cama con barandas.
- Tranquilizar al paciente.
- Tener en cuenta: Drenajes: tipo (de vacío, bolsa...), permeabilidad, fijación y cantidad y aspecto del líquido drenado.
- Ostomías: tipo, fijación, permeabilidad.
- Dispositivos intravenosos: permeabilidad, tipo, calibre.

Cuidados postoperatorios mediato

- Recepción del paciente en la Unidad de Enfermería
- Acompañar al paciente a su habitación.
- Valorar el estado general del paciente:
- Nivel de consciencia.
- Respiración: comprobar la permeabilidad de las vías aéreas.
- Coloración de piel y mucosas.
- Acomodar al paciente en la posición más adecuada, según el tipo de intervención quirúrgica.
- Proporcionar intimidad al paciente.

- Medir y registrar los signos vitales.

Valorar según circunstancias:

El apósito de la herida quirúrgica, que debe de estar limpio y bien adherido. Si hubiera signos de sangrado, marcar el área del apósito que esté impregnada de sangre, para posteriores revisiones.

- Drenajes: tipo (de vacío, bolsa...), permeabilidad, fijación y cantidad y aspecto del líquido drenado.
- Ostomías: tipo, fijación, permeabilidad...
- Dispositivos intravenosos: permeabilidad, tipo, calibre, localización y fijación
- Catéter epidural: permeabilidad y fijación.
- Aplicar oxigenoterapia: dispositivo, porcentaje y litros.
- Sondas: tipo (vesicales, nasogástricas...), permeabilidad, correcta colocación, fijación, cantidad y aspecto del drenado.
- Vendajes: tipo (compresivo, oclusivo...), color y temperatura de las zonas distales y si es correcta la compresión.
- Escayolas y férulas de inmovilización: integridad y posición correcta en la cama.
- Tracciones: tipo, colocación, peso...
- Evaluar el grado de malestar (dolor, ansiedad, náuseas y vómitos...).
- Facilitar un entorno adecuado:
- Tranquilizar al paciente.
- Restringir las visitas.
- Evitar ruidos.
- Órdenes de tratamiento.
- Cuidados especiales.
- Hoja de registro de la URPA (signos vitales, analgesia administrada...).
- Anotar los datos y cuidados relacionados con las necesidades alteradas, en la hoja del plan de cuidados y el resto de incidencias en la hoja de observaciones de enfermería.
- Administrar el tratamiento prescrito.

VI. METODOLOGIA

Lugar y tiempo:

El presente estudio se realizó en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y Hospital Rodríguez Zambrano de Manta durante el periodo 2015-2016.

Tipo de estudio:

Se utilizó métodos descriptivos de corte transversal con el uso de variables cualitativa y cuantitativa.

MÉTODOS

Método Inductivo y Deductivo: se aplicarán en todo el proceso de investigación ya que se podrán analizar los factores entorno al tema que sirvan de base para el planteamiento de la propuesta y así llegar a conclusiones finales.

Método Analítico: Por medio de este método se podrá realizar un análisis e interpretación de la información obtenida, sintetizando la recopilación de datos de manera veraz.

Método Sintético: Servirá de apoyo al momento de interpretar la información obtenida.

También se aplicó para esta investigación, las encuestas dirigidas a: pacientes y personal de enfermería y la observación que permiten la selección de instrumentos adecuados para recabar la información necesaria, lo cual permite obtener resultados concretos y analizar los datos, para en lo posterior interpretar la problemática que se investiga. Su objetivo es determinar los principales factores causales de hemorragias post-parto, post-cesárea y el rol de enfermería en la atención en los servicios hospitalarios del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y Hospital Rodríguez Zambrano de Manta.

Recolección de la información

La información se la obtendrá desde dos perspectivas diferentes pero muy complementarias como son; la investigación de campo y la investigación bibliográfica.

Procesamiento de la información

Una vez obtenida la información tanto de la investigación de campo como bibliográfica se procederá a sistematizarla, para luego procesarla y transformar los resultados de la presente investigación.

POBLACIÓN Y MUESTRA

Población.

Se estudiaron todos los pacientes atendidos en el área de Ginecología que estén ingresadas por parto o cesárea en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de Manta en el periodo 2015-2016

POBLACIÓN	PACIENTES	PORCENTAJES
PACIENTES DEL IESS	520	52%
PACIENTES DEL HRZ	480	48%
TOTAL	1000	100%

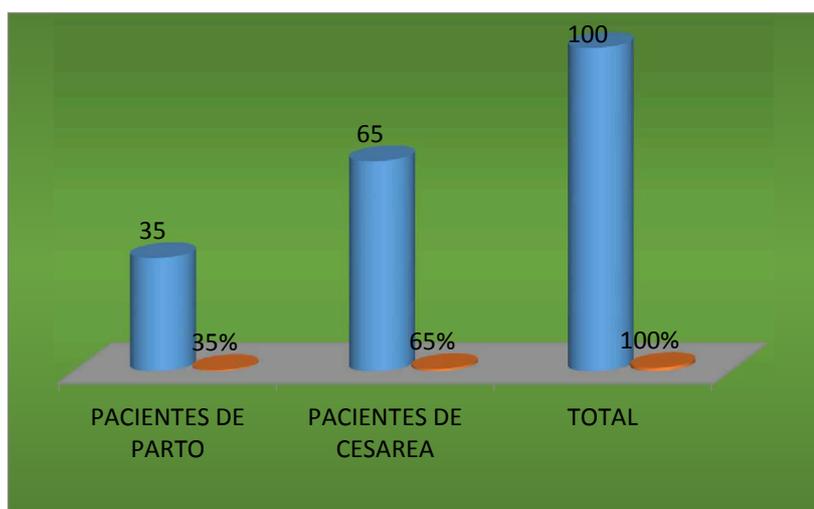


Este cuadro representa la población de la cual se realiza un estudio, escogidas 520 pacientes del IESS representadas con un 52%, y en el Hospital Rodríguez Zambrano 480 pacientes representadas con un 48% dando un total de 1000 puérperas.

MUESTRA.

Todos los pacientes que presenten hemorragias uterinas en el área de Ginecología a causa de parto o cesárea en el periodo que oscilen entre los 20 y 25 años de edad que vivan en Manta 2015 – 2016.

MUESTRA	PACIENTES	PORCENTAJES
PACIENTES DE PARTO	35	35%
PACIENTES DE CESAREA	65	65%
TOTAL	100	100%

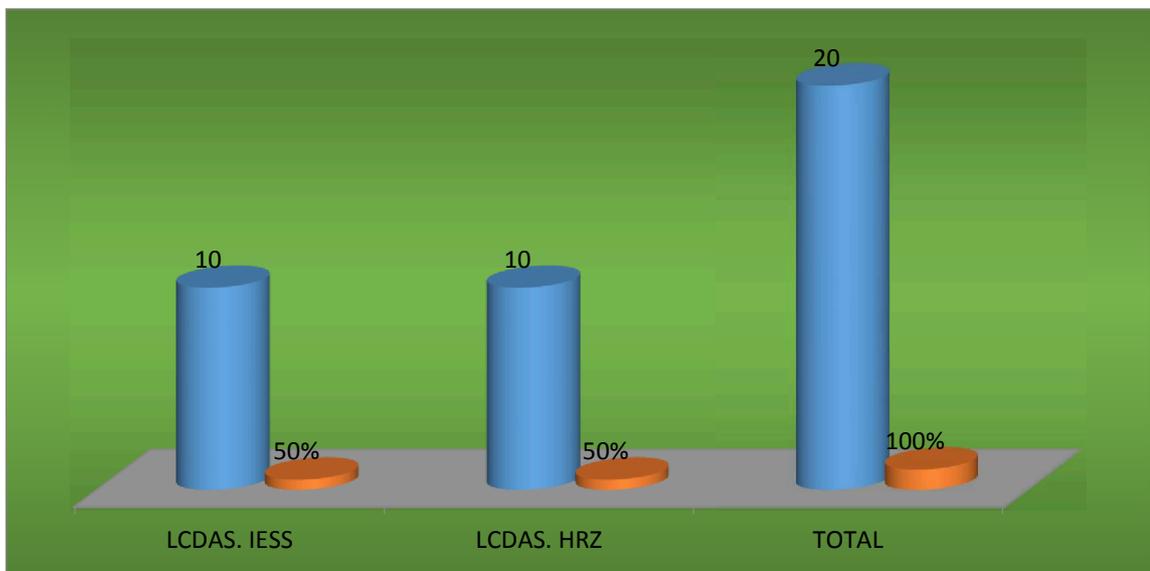


Este cuadro representa la muestra a tomar en consideración para la investigación las pacientes que tuvieron su parto representado por un 35%, y las que tuvieron cesárea que representa un 65%

PERSONAL

Personal de enfermería que brinda cuidados en pacientes con hemorragias uterinas a causa de parto o cesárea en el área de Ginecología del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y Hospital Rodríguez Zambrano Manta.

PERSONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJES
LCDAS. IESS	10	50%
LCDAS. HRZ	10	50%
TOTAL	20	100%



El cuadro no representa las licenciadas a las que se les encuestó del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social fueron 10 representadas por un 50% y del Hospital Rodríguez Zambrano 10 que también representa un 50% dando un total de 20 licenciadas encuestadas.

RECURSOS MATERIALES

- Computador
- Impresora
- Flash memory
- Encuestas
- Papel bond
- Empastados
- Anillados
- CDS
- Carpetas
- Copias
- Libros

RECURSOS HUMANOS

- Internos rotativos de enfermería.
- Pacientes con hemorragias uterinas en el puerperio inmediato
- Personal de enfermería
- Directora o tutor del trabajo de investigación

VII. PRESUPUESTO

RECURSOS	PARCIAL	TOTAL
EQUIPOS Y MATERIALES		
Impresión	\$70,00	\$215,00
Anillados	\$20,00	
Resma de papel a4	\$15,00	
Cd	\$10,00	
Cartuchos de tinta	\$80,00	
Copias	\$20,00	
Suministros		
Transporte	\$80,00	\$210,00
Alimentación	\$70,00	
Servicios internet	\$60,00	
Total		\$425,00

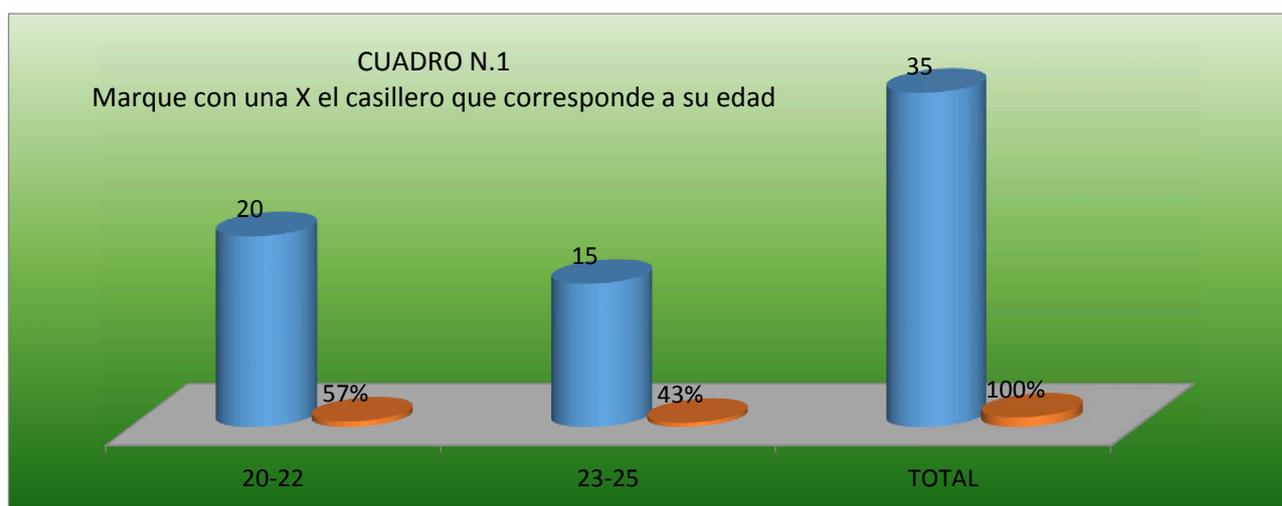
VIII. ANÁLISIS Y TABULACIÓN DE LOS RESULTADOS.

Encuestas aplicadas a las pacientes de post-parto en el área de ginecología del instituto ecuatoriano de seguridad social y hospital Rodríguez Zambrano de la ciudad de Manta periodo 2015 - 2016

PREGUNTA 1

CUADRO N.1		
Marque con una X el casillero que corresponde a su edad:		
	FRECUENCIA	%
20-22	20	57%
23-25	15	43%
TOTAL	35	100%
FUENTE: SERVICIO DE GINECOLOGIA		
ELABORACION: Lucas Alarcón Jorge y Mendoza Zambrano Cinthia		

Marque con una X el casillero que corresponde a su edad:



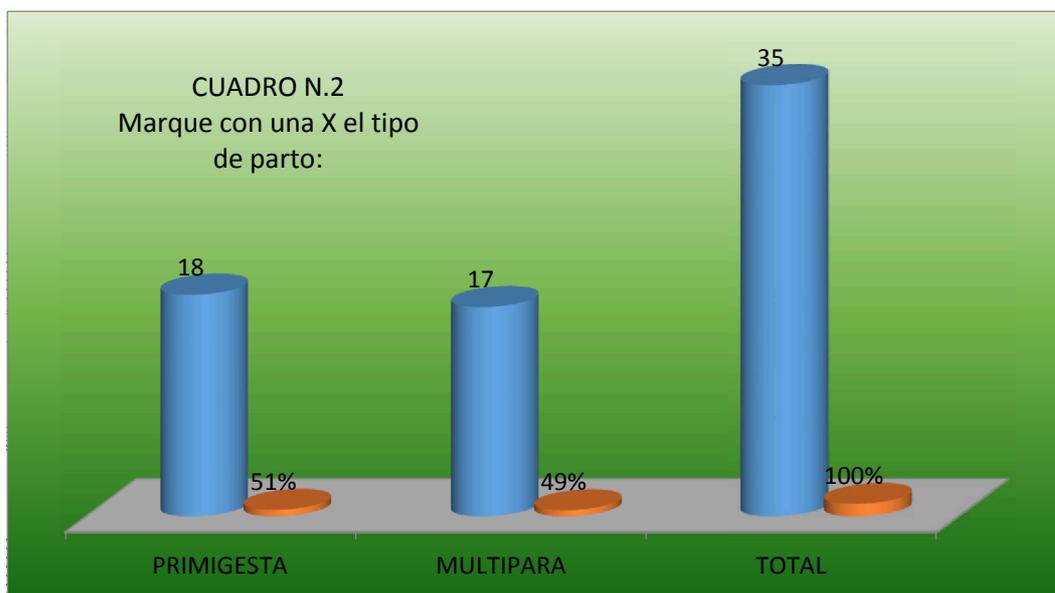
ANALISIS N.1

En el cuadro y gráfico número uno se evidencia que de la población en estudio el 57% de las pacientes tienen entre 20 a 22 años, y el 43% de 23 a 25 años.

PREGUNTA 2

Marque con una X el tipo de parto:

CUADRO N.2		
Marque con una X el tipo de parto:		
PARTO	FRECUENCIA	%
PRIMIGESTA	18	51%
MULTIPARA	17	49%
TOTAL	35	100%
FUENTE: SERVICIO DE GINECOLOGIA		
ELABORACION: Lucas Alarcón Jorge y Mendoza Zambrano Cinthia		



ANALISIS N. 2

En el cuadro y gráfico número dos podemos notar que el 51% de las púerperas mayoritariamente son primigestas.

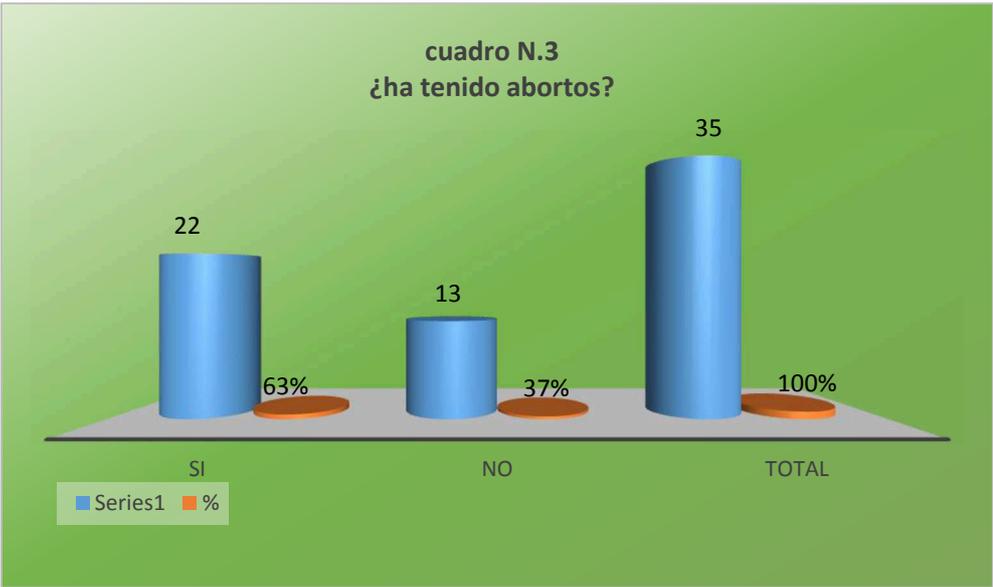
PREGUNTA 3

¿Ha tenido abortos?

CUADRO N.3		
¿Ha tenido abortos?		
PACIENTES	FRECUENCIA	%
SI	22	63%
NO	13	37%
TOTAL	35	100%

FUENTE: SERVICIO DE GINECOLOGIA

ELABORACION: Lucas Alarcón Jorge y Mendoza Zambrano Cinthia



ANALISIS N. 3

En el cuadro y grafico número tres nos damos cuenta que existió una cantidad considerable de abortos superando en 50% de su totalidad

PREGUNTA 4

Durante el embarazo presente

CUADRO N.4		
Durante el embarazo presente		
	FRECUENCIA	%
Anemia	13	37%
Desnutrición	9	26%
Bajo peso	4	11%
Ninguna	9	26%
TOTAL	35	100%

FUENTE: SERVICIO DE GINECOLOGIA

ELABORACION: Lucas Alarcón Jorge y Mendoza Zambrano Cinthia



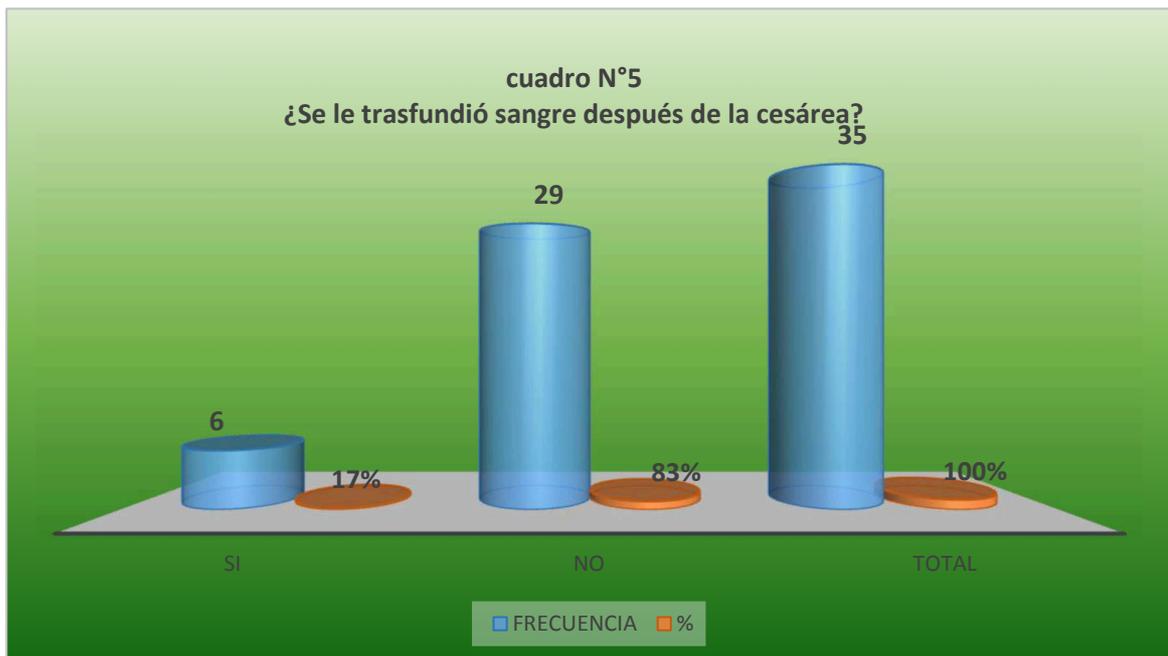
ANALISIS N. 4

En el cuadro y gráfico número cuatro notamos que existieron antecedentes más frecuentes en las pacientes con anemia con el 37%, y desnutrición con el 26%.

PREGUNTA 5

Se le transfundió sangre después del parto:

CUADRO N.5		
Se le transfundió sangre después del parto		
FRECUENCIA		%
SI	6	17%
NO	29	83%
TOTAL	35	100%
FUENTE: SERVICIO DE GINECOLOGIA		
ELABORACION: Lucas Alarcón Jorge y Mendoza Zambrano Cinthia		



ANALISIS N. 5

En el cuadro y gráfico número cinco podemos evidenciar que fueron pocas las púerperas a las que se le realizó transfusión sanguínea.

PREGUNTA 6

Tuvo algún síntoma después del parto:

CUADRO N.6		
¿Tuvo algún síntoma después del parto?		
	FRECUENCIA	%
Mareo	15	43%
Taquicardia	4	11%
Hipotensión	5	14%
Ninguno	11	31%
TOTAL	35	100%
FUENTE: SERVICIO DE GINECOLOGIA		
ELABORACION: Lucas Alarcón Jorge y Mendoza Zambrano Cinthia		



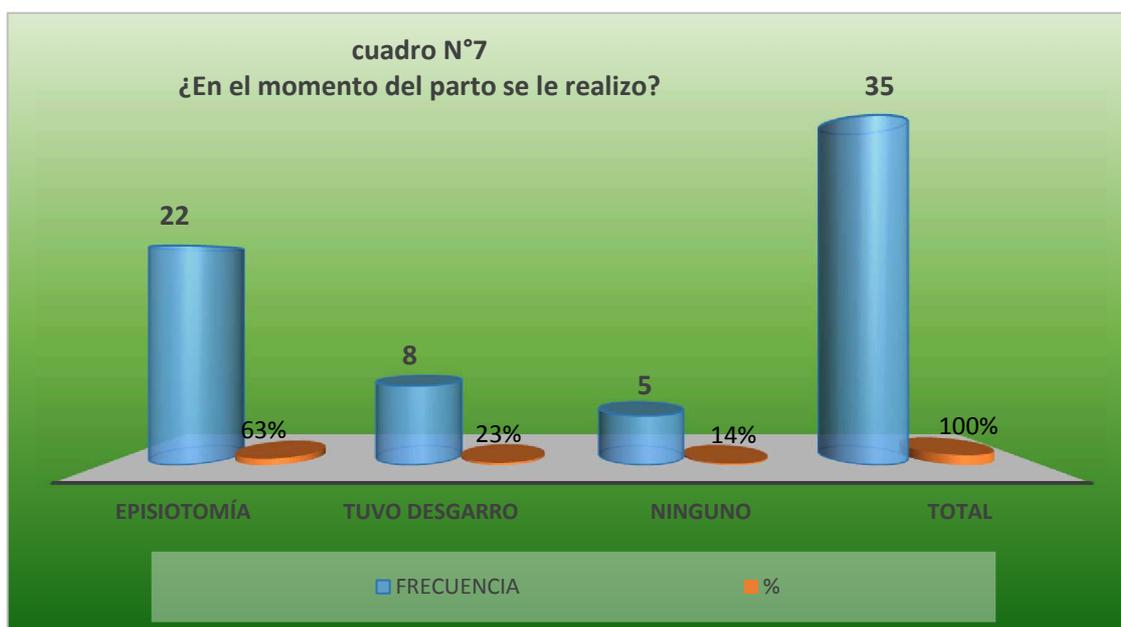
ANALISIS N. 6

En el cuadro y gráfico número seis podemos evidenciar que existen síntomas después del parto estando en primer lugar con el 43% los mareos por pérdida sanguínea.

PREGUNTA 7

En el momento del parto se le realizo

CUADRO N.7		
¿En el momento del parto se le realizo?		
	FRECUENCIA	%
Episiotomía	22	63%
Tuvo desgarro	8	23%
Ninguno	5	14%
TOTAL	35	100%
FUENTE: SERVICIO DE GINECOLOGIA		
ELABORACION: Lucas Alarcón Jorge y Mendoza Zambrano Cinthia		



ANALISIS N. 7

En el cuadro y grafico número siete podemos notar que el 63% de las púérperas se le realizo episiotomía.

PREGUNTA

8

Cuál es el grado de satisfacción en la atención que le brinda el personal de enfermería.

CUADRO N.8		
Cuál es el grado de satisfacción en la atención que le brinda el personal de enfermería		
FRECUENCIA		%
Alto	9	26%
Medio	19	54%
Bajo	7	20%
TOTAL	35	100%
FUENTE: SERVICIO DE GINECOLOGIA		
ELABORACION: Lucas Alarcón Jorge y Mendoza Zambrano Cinthia		



ANALISIS N. 8

En el cuadro y gráfico número ocho podemos apreciar que el 54% de las púerperas no están satisfechas con la atención brindada por parte del personal de enfermería.

ANÁLISIS Y TABULACIÓN DE LOS RESULTADOS

Encuestas aplicadas a las pacientes de post-cesáreas en el área de ginecología del instituto ecuatoriano de seguridad social y hospital Rodríguez Zambrano de la ciudad de Manta periodo 2015 - 2016

PREGUNTA 1

Marque con una X el casillero que corresponde a su edad:

CUADRO N.1		
Marque con una X el casillero que corresponde a su edad:		
FRECUENCIA		%
20-22	44	68%
23-25	21	32%
TOTAL	65	100%
FUENTE: SERVICIO DE GINECOLOGIA		
ELABORACION: Lucas Alarcón Jorge y Mendoza Zambrano Cinthia		



ANALISIS

N.1

En el cuadro y gráfico número uno podemos observar que la población en estudio el 68% de las pacientes posee de 20 a 22 años, y el 32% de 23 a 25 años.

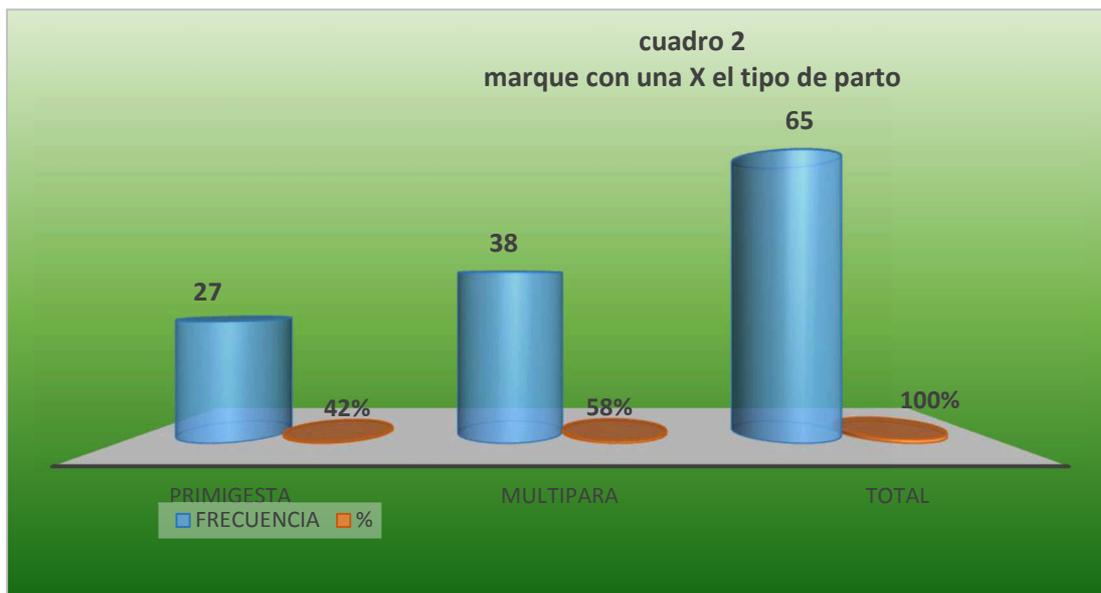
PREGUNTA 2

Marque con una X el tipo de parto:

CUADRO N.2		
Marque con una X el tipo de parto		
FRECUENCIA		%
PRIMIGESTA	27	42%
MULTIPARA	38	58%
TOTAL	65	100%

FUENTE: SERVICIO DE GINECOLOGIA

ELABORACION: Lucas Alarcón Jorge y Mendoza Zambrano Cinthia



ANALISIS N.2

En el cuadro y análisis número dos de la encuesta de pacientes post-cesáreas se observa que en este caso las que predominan son las multíparas con un 58% sobre las Primigestas con un 42%.

PREGUNTA 3
Ha tenido abortos

CUADRO N.3		
¿Ha tenido abortos?		
PACIENTES		%
SI	25	38%
NO	40	62%
TOTAL	65	100%
FUENTE: SERVICIO DE GINECOLOGIA		
ELABORACION: Lucas Alarcón Jorge y Mendoza Zambrano Cinthia		



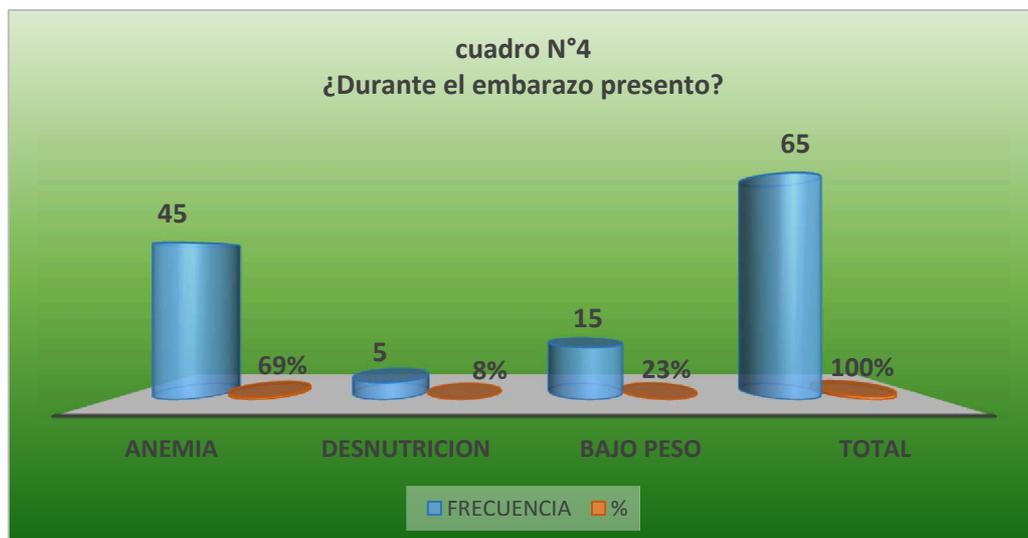
ANALISIS N. 3

En el cuadro y análisis número tres se visualiza que el porcentaje de abortos ha sido menor dando como resultado 65 respuestas negativas que equivale a un 62% sobre el 38% de las que sí han tenido abortos.

PREGUNTA 4

Durante el embarazo presente

CUADRO N.4		
Durante el embarazo presente		
	FRECUENCIA	%
ANEMIA	45	69%
DESNUTRICION	5	8%
BAJO PESO	15	23%
TOTAL	65	100%
FUENTE: SERVICIO DE GINECOLOGIA		
ELABORACION: Lucas Alarcón Jorge y Mendoza Zambrano Cinthia		



ANALISIS N. 4

En el cuadro y análisis número cuatro se observa que en este caso ha predominado la anemia con un porcentaje de 69% superando la desnutrición con un 8% y el bajo peso con un 23%.

PREGUNTA 5

Se le transfundió sangre después de la cesárea:

CUADRO N.5		
Se le transfundió sangre después de la cesárea		
	FRECUENCIA	%
SI	40	62%
NO	25	38%
TOTAL	65	100%

FUENTE: SERVICIO DE GINECOLOGIA

ELABORACION: Lucas Alarcón Jorge y Mendoza Zambrano Cinthia



ANALISIS N. 5

En el cuadro y análisis número cinco podemos obtener como resultado que el 62% de las gestantes se le transfundió sangre debido a una hemorragia uterina post-cesárea inmediata.

PREGUNTA 6

Cuál es el grado de satisfacción en la atención que le brinda el personal de enfermería:

CUADRO N.6		
Cuál es el grado de satisfacción en la atención que le brinda el personal de enfermería		
	FRECUENCIA	%
Alto	4	8%
Medio	8	16%
Bajo	38	76%
TOTAL	50	100%

FUENTE: SERVICIO DE GINECOLOGIA

ELABORACION: Lucas Alarcón Jorge y Mendoza Zambrano Cinthia



ANALISIS N. 6

En el cuadro número seis se observa que el grado de satisfacción de las beneficiarias el 76% dio como respuesta un bajo grado de satisfacción de la intervención de enfermería por la escasa orientación y atención directa, continuando el medianamente satisfactorio 16% y el alto grado de satisfacción un 8%.

Encuesta a personal de enfermería sobre conocimientos de atención en el periodo de hemorragias uterinas en post parto y post cesárea en el área de ginecología del instituto ecuatoriano de seguridad social y hospital Rodríguez Zambrano de la ciudad de Manta periodo 2015 - 2016

PREGUNTA 1

Planifica la atención de enfermería antes de proporcionar el cuidado en pacientes con hemorragias uterinas post parto y post cesárea.

CUADRO N.1		
¿Planifica la atención de enfermería antes de proporcionar el cuidado en pacientes con hemorragias uterinas post parto y post cesárea?		
FRECUENCIA		%
SI	10	50%
NO	3	15%
A VECES	7	35%
NUNCA	0	0%
TOTAL	20	100%

FUENTE:SERVICIO DE GINECOLOGIA

ELABORACION: Lucas Alarcón Jorge y Mendoza Zambrano Cinthia



ANALISIS N. 1

Durante esta encuesta podemos observar que el 50% del personal planifica los cuidados en pacientes con hemorragias a pesar de que el 15% de los que no planifican y un 35% que a veces planifica los cuidados de enfermería.

PREGUNTA 2

Identifique que actividades de enfermería ejecuta a las pacientes durante su estadía en el post parto y post cesárea inmediato.

CUADRO N.2		
¿Identifique que actividades de enfermería ejecuta a las pacientes durante su estadía en el post parto y post cesárea inmediato?		
FRECUENCIA		%
Control de signos vitales	8	40%
Control de involución uterina	0	0%
Valoración de loquios; color, olor, cantidad	2	10%
Aseo genital	0	0%
Todas las anteriores	10	50%
Ninguna	0	0%
TOTAL	20	100%
FUENTE:SERVICIO DE GINECOLOGIA		
ELABORACION: Lucas Alarcón Jorge y Mendoza Zambrano Cinthia		



ANALISIS N. 2

El cuadro número dos demuestra que el control de involución uterina y aseo genital no se aplica en un 50%, un 40% vigila los signos vitales y un 10% que controla solo loquios. Demostrando que es débil la intervención de enfermería en postoperatorio inmediato.

PREGUNTA 3

Cree usted que la atención de enfermería brindada a las pacientes en el puerperio inmediato es planificada.

CUADRO N. 3		
Cree usted que la atención de enfermería brindada a las pacientes en el puerperio inmediato es planificada		
	FRECUENCIA	%
SI	9	45%
NO	5	25%
TALVEZ	6	30%
TOTAL	20	100%

FUENTE: SERVICIO DE GINECOLOGIA

ELABORACION: Lucas Alarcón Jorge y Mendoza Zambrano Cinthia



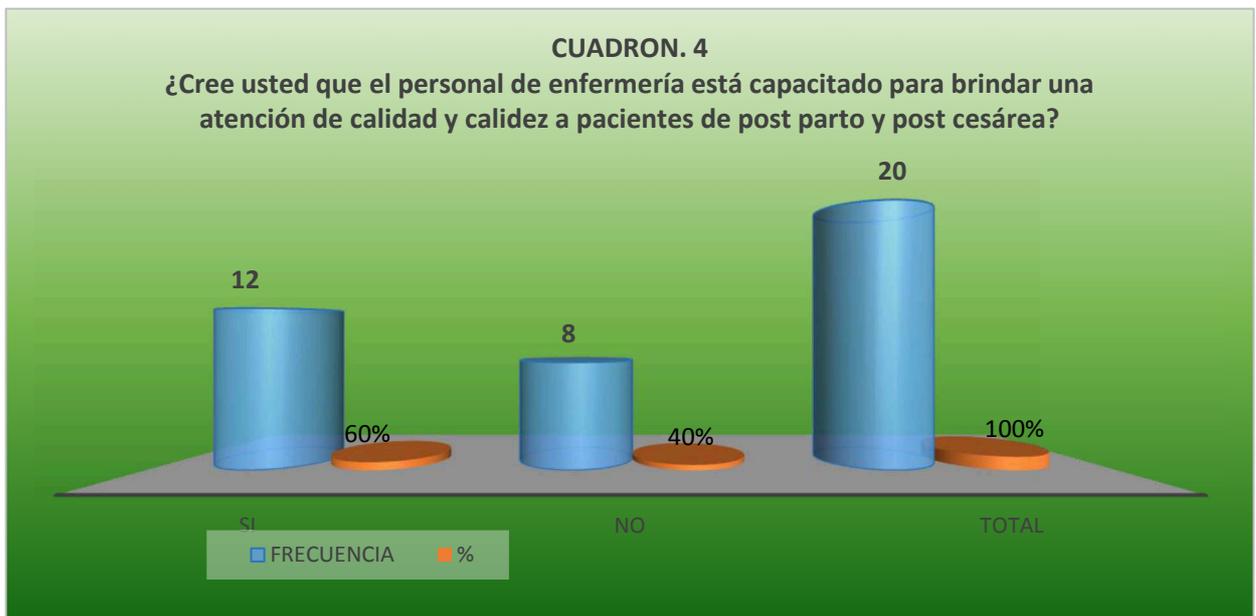
ANALISIS N. 3

En el cuadro y análisis número tres podemos observar que un 45% de los profesionales planifica la atención de enfermería a brindar a las puérperas contra un 25% que no planifica y un 30% que tal vez planifica algo de los cuidados.

PREGUNTA 4

Cree usted que el personal de enfermería está capacitado para brindar una atención de calidad y calidez a pacientes de post parto y post cesárea.

CUADRO N.2		
¿Cree usted que el personal de enfermería está capacitado para brindar una atención de calidad y calidez a pacientes de post parto y post cesárea?		
FRECUENCIA		%
SI	12	60%
NO	8	40%
TOTAL	20	100%
FUENTE: SERVICIO DE GINECOLOGIA		
ELABORACION: Lucas Alarcón Jorge y Mendoza Zambrano Cinthia		



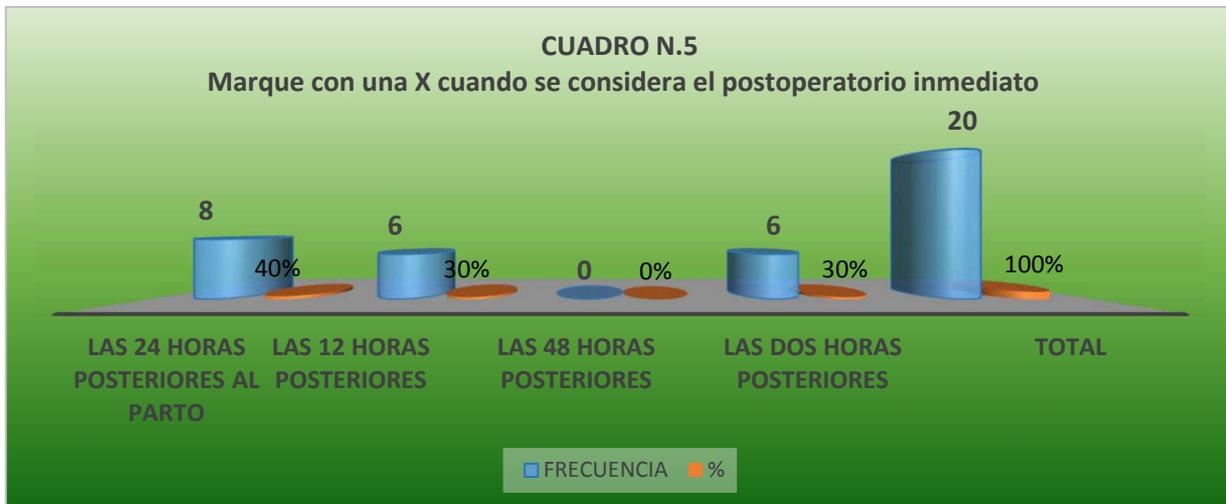
ANALISIS N. 4

Como podemos notar un 60% dio a percibir que, si está capacitado para atender a pacientes postparto y post-cesárea, contra un 40% que le falta capacitación.

PREGUNTA 5

Marque con una X cuando se considera el postoperatorio inmediato.

CUADRO N.5		
Marque con una X cuando se considera el postoperatorio inmediato		
FRECUENCIA		%
Las 24 horas posteriores al parto	8	40%
Las 12 horas posteriores	6	30%
Las 48 horas posteriores	0	0%
Las dos horas posteriores	6	30%
TOTAL	20	100%
FUENTE: SERVICIO DE GINECOLOGIA		
ELABORACION: Lucas Alarcón Jorge y Mendoza Zambrano Cinthia		



ANALISIS N. 5

En el cuadro y análisis número cinco observamos que el 40% toma como puerperio inmediato las primeras 24 horas contra un 30% que toma como las 2 primeras horas y un 30% como las primeras 12 horas.

PREGUNTA 6

Recibe Ud. capacitación continua que le permita ofrecerle al paciente la atención esperada.

CUADRO N.6		
¿Recibe Ud. capacitación continua que le permita ofrecerle al paciente la atención esperada?		
FRECUENCIA		%
SI	15	75%
NO	5	25%
TOTAL	20	100%
FUENTE: SERVICIO DE GINECOLOGIA		
ELABORACION: Lucas Alarcón Jorge y Mendoza Zambrano Cinthia		



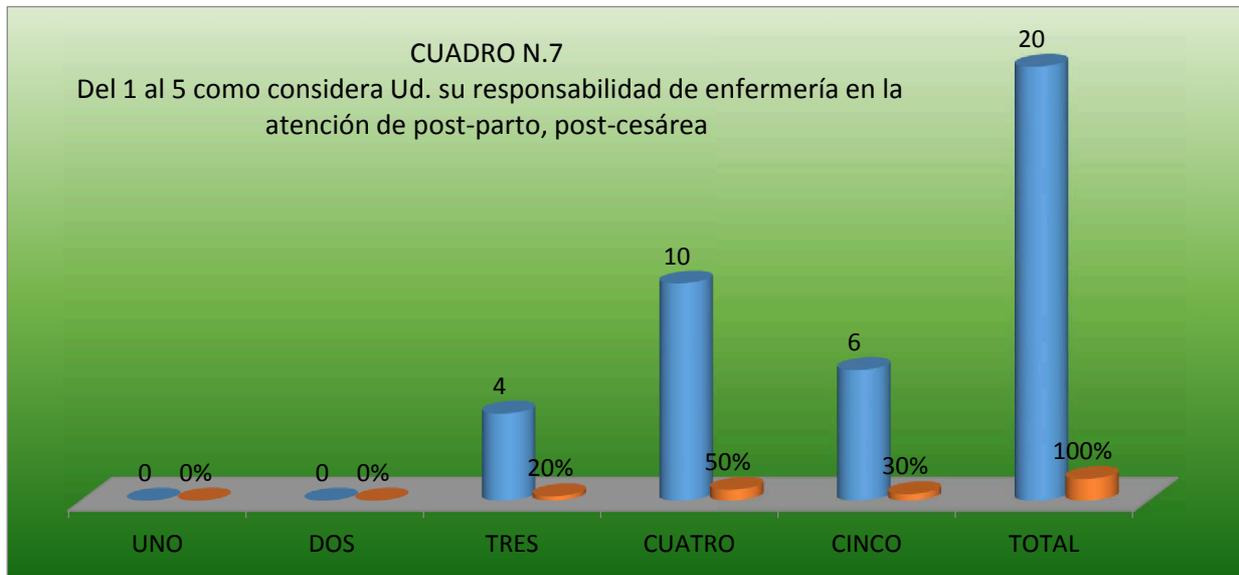
ANALISIS N. 6

En el cuadro y análisis número seis nos damos cuenta que un 75% está en constante capacitación frente a un 25% que no recibe capacitación continua.

PREGUNTA 7

Del 1 al 5 como considera Ud. su responsabilidad de enfermería en la atención de post-parto, post-cesárea.

CUADRO N.7		
Del 1 al 5 como considera Ud. su responsabilidad de enfermería en la atención de post-parto, post-cesárea		
FRECUENCIA		%
UNO	0	0%
DOS	0	0%
TRES	4	20%
CUATRO	10	50%
CINCO	6	30%
TOTAL	20	100%
FUENTE:SERVICIO DE GINECOLOGIA		
ELABORACION: Lucas Alarcón Jorge y Mendoza Zambrano Cinthia		



ANALISIS N. 7

En el cuadro y análisis número siete podemos visualizar que un 30% considera que está capacitado para dar una buena atención al paciente ginecológico contra un 50% que está en un rango medio y un 20% que le falta capacitarse para brindar una mejor atención.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Una vez estudiado los datos obtenidos de la reciente investigación, de las pacientes que presentaron hemorragia post-parto se concluyó que el grupo de mayor riesgo fueron aquellas madres primigestas que oscilan entre 20 a 22 años, y un 62% corresponden a la anemia y un 19% corresponde al bajo peso.

Encontramos un déficit del 20% en conocimiento del personal de enfermería con respecto al buen uso del formato del control de hemorragias uterina en el puerperio inmediato en el área de ginecología del Hospital Rodríguez Zambrano y un 30% en el personal de salud del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

Se logró evidenciar que el personal de enfermería realiza capacitaciones con frecuencia por lo tanto tienen conocimiento sobre las técnicas a usar en el puerperio inmediato, pero se evidencia que no aplican protocolos, técnicas y registros completos en la ficha de control y seguimiento del puerperio.

Es débil la intervención de enfermería en post-operatorio inmediato, en las funciones técnicas: control de involución uterina y aseo genital no se aplica en un 50%, un 40% vigila los signos vitales y un 10% que controla solo loquios.

El grado de satisfacción de las puérperas atendidas por el personal de salud es bajo con un 76%

RECOMENDACIONES

- Se recomienda capacitar al personal de salud para mejorar el conocimiento y cumplimiento de técnicas sobre hemorragias uterinas en el puerperio inmediato.
- Se propone que el personal de salud valore a los pacientes post-parto, sobre su estado psicológico.
- Concientizar una planificación familiar para prevenir factores de riesgos que afecten a la mujer gestante como la desnutrición y el bajo peso en un futuro embarazo.
- Se recomienda educar a las puérperas para que lleven un control adecuado antes durante y después del embarazo.
- Que sea el personal de enfermería en forma continua y sistemática registre y controle signos vitales, involución uterina, características de loquios y aseo genital.
- La enfermera debe hacer énfasis en el cuidado directo en forma continua y sistemática en la intervención de los cuidados inmediatos con una atención humana y científica

X CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PROYECTO

Actividad	Descripción	Responsable	Costo	Meses 2015-2016											
				Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	Mar.	Jun.	Jul.	Agos.
Elaboración del anteproyecto	Elaboración del anteproyecto de tesis de grado.	Autores		X											
Aprobación de anteproyecto	Proceso de corrección y aprobación del anteproyecto de tesis	Autores y autoridades de facultad			X										
Levantamiento de información teórica	Realizar la investigación bibliográfica	Autores				X	X								
Levantamiento de información de campo.	Ejecución de la investigación diagnóstica a través de la observación, encuestas y las entrevistas.	Autores					X	X	X						
Escritura de borradores de	Procesamiento de la información obtenida en la investigación de	Autores									X	X			

tesis	campo y teórica.														
Elaboración de propuesta final	Desarrollo de la propuesta del estudio.	Autores									X	X			
Capacitación al personal de enfermería	Correcciones del trabajo final	Autores y tutor de tesis										x	X	X	
Presentación final	Trabajo terminado de la tesis	Autores y tutor de tesis													X

XI. Bibliografía.

- Bombí, D. I. (10 de junio de 2011). *mapfre*. Obtenido de salud canales mapfre:
<http://www.mapfre.es/salud/es/cinformativo/puerperio-postparto.shtml>
- bonilla, D. (27 de agosto de 2010). *psicologosencostarica*. Obtenido de
<http://www.psicologosencostarica.com/blog/2012/08/27/el-ser-humano-un-enfoque-biopsicosocial/>
- Calle, a. (2008). DIAGNÓSTICO y MANEJO DE. *Revista Peruana de Ginecología y obstetricia*, 233.
- Dra. Patricia Asturizaga, D. L. (2014). HEMORRAGIA OBSTÉTRICA. *Revista Médica La Paz*, 57-58.
- González-Vázquez1, M. (24 de 04 de 2014). <http://web.uaemex.mx/>. Recuperado el 5, de
<http://web.uaemex.mx/>:
http://web.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol6/3_FACTORES.pdf
- Issler, D. J. (2001). EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA . *Revista de Posgrado de la Cátedra Via Medicina N° 107* , 11-23.
- Martínez-Galiano, J. M. (2009). Prevención de las hemorragias posparto con. *matronas*, 20-21.
- orge Andrés Rubio-Romero1, Ó. A.-C. (July/Sept. 2010). VALIDEZ DE LA ESTIMACIÓN VISUAL COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO SEVERA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO. *Revista de la Facultad de Medicina*, vol.58 no.3.
- Perez, D. A. (31 de diciembre de 2012). *skorpiomenlamedicina*. Obtenido de
<http://skorpiomenlamedicina.blogspot.com/2012/12/hemorragias-postparto.html>
- Rubio-Romero, J. A. (2008). CONCORDANCIA ENTRE LA ESTIMACIÓN VISUAL. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 59 No. 2*, 93.
- Sangkomkamhang U. S. y Lumbiganon, P. (2016). Distribución de misoprostol por adelantado para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto. *La biblioteca de la salud reproductiva de la oms*, 1-2.
- universo, E. (7 de mayo de 2014). Ecuador redujo la mortalidad materna en un 44%, según la OMS. *diario el universo*, pág. 237.
- zena-vega-benites. (04 de julio de 2015). <http://documents.mx/>. Obtenido de Celalcivar:
<http://documents.mx/documents/signos-de-alarma-durante-el-puerperio.html>

XII. PROPUESTA

Titulo

Con la aplicación de los componentes metodológicos determinaremos cual es la causa principal de la carencia en el control y manejo de las usuarias con hemorragias post-parto que aumenta la morbimortalidad de esta población por hipovolemia, se promueve una propuesta sobre **“La capacitación continua al personal de enfermería y a puérperas sobre cómo influyen los factores biopsicosociales en hemorragias en puerperio inmediato”**, haciendo énfasis que las pacientes embarazadas son vulnerables en esta etapa de su vida por lo que tiene que ver en el ámbito biopsicosocial por lo cual se debe lograr una atención oportuno y eficiente.

Justificación

La propuesta se basa en el cuidado de enfermería en escenarios diferentes al hospitalario y se desplaza hacia los hogares de las madres en periodo de puerperio, en busca del mejoramiento de la calidad de vida de la madre y el recién nacido involucrando la familia como red de apoyo, a través de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, ofreciendo cuidado integral y trabajando en ejes fundamentales como la educación, acompañamiento y asesoría a las madres y las familias en los procesos de crianza y la recuperación de la madre en periodo de post-parto.

Así mismo, la atención en el puerperio consiste en aplicar las medidas necesarias para una adecuada evolución, detectar factores de riesgo para complicaciones y ejecutar las medidas profilácticas necesarias y si aparecen las mismas diagnosticarlas precozmente para un adecuado tratamiento.

Durante la gestación la mujer atraviesa por una serie de modificaciones en relación a su cuerpo, que van acompañadas por manifestaciones psíquicas: cuerpo cambiante y extrañado.

Objetivo general

Mejorar los conocimientos y técnicas en atención del personal de salud a las puérperas para disminuir las complicaciones.

Objetivos específicos

- Planificar capacitaciones continuas al personal de salud sobre los cuidados en las puérperas para disminuir factores de riesgos de hemorragias.
- Observar el estado psicológico en el puerperio inmediato por medio de anamnesis.
- Realizar un control estricto en la aplicación de los cuidados en el puerperio inmediato.

Procedimientos

- Durante las capacitaciones se brindará orientación al personal de enfermería en el área de centro obstétrico para que apliquen cuidados en el puerperio inmediato, por lo que se prevendrán futuras complicaciones en esta etapa de post-parto.
- Se procederá a registrar en la hoja de evolución sobre los cuidados realizados en esta etapa del post-parto.
- En la etapa de puerperio inmediato se valorará el estado emocional de la paciente o después de que la paciente sea llevada al área de ginecología.

Responsables

- Lcda. Líder de centro obstétrico.
- Lcda. de turno, de centro obstétrico.
- Interno de enfermería que pueda colaborar con el desarrollo de la propuesta.

Control y evaluación

Se tendrá un registro de formularios y asistencias de las mismas.

Se graficará mensualmente el desarrollo de la propuesta.

CROMOGRAMAS DE ACTIVIDADES

Fecha/hora	Tema	Responsable
18/08/2016	Capacitación al personal de salud y a púerperas sobre cómo influyen los factores biopsicosociales en hemorragias de puerperio inmediato atendidas en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.	I/E Mendoza Cinthia I/E Lucas Jorge
19/08/2016	Capacitación al personal de salud y a púerperas sobre cómo influyen los factores biopsicosociales de hemorragias en puerperio inmediato atendidas en el Hospital Rodríguez Zambrano.	I/E Mendoza Cinthia I/E Lucas Jorge

Lcda. Fátima Figueroa Cañarte MG.
Tutora del Proyecto de investigación

CERTIFICACION:

Que el presente proyecto de investigación titulada: "Hemorragias uterinas en puerperio inmediato de pacientes atendidas en Ginecología del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y Hospital Rodríguez Zambrano Manta periodo 2015 - 2016", realizados por Lucas Alarcón Jorge Gregorio C.I. 130962945-7 y Mendoza Zambrano Cinthia Katherine con C.I. 131467464-7, para optar por la Unidad de Titulación Especial, ha sido debidamente revisada y corregida, por lo que autorizo a los interesados la presentación ante el tribunal correspondiente.

Lcda. Fátima Figueroa Cañarte MG.
Tutora del Proyecto de investigación

ANEXOS

Encuesta a pacientes en el periodo de hemorragia post cesárea

Datos generales

Señoras pacientes de post-cesárea, solicitamos colaboración para el llenado con datos veraces de una encuesta de investigación sobre hemorragias uterinas finalidad de realizar un trabajo de investigación, aseguramos la confidencialidad de los datos brindado ya que la encuesta es anónima.

1. Marque con una X el casillero que corresponde a su edad:

20 a 22 ()

23 a 25 ()

2. Marque con una X el tipo de parto:

Primigestas ()

Múltipara ()

3. Ha tenido abortos

Si ()

No ()

4. Durante el embarazo presento:

Anemia ()

Desnutrición ()

Bajo peso ()

5. Se le transfundió sangre después de la cesárea:

Si ()

No ()

6. Cuál es el grado de satisfacción en la atención que le brinda el personal de enfermería

Alto ()

Medio ()

Bajo ()

Encuesta a pacientes en el periodo de hemorragia post parto

Datos generales

Señoras pacientes de post parto, solicitamos colaboración para el llenado con datos veraces de una encuesta de investigación sobre hemorragias uterinas finalidad de realizar un trabajo de investigación, aseguramos la confidencialidad de los datos brindado ya que la encuesta es anónima.

1. Marque con una X el casillero que corresponde a su edad:

20 a 22 ()

23 a 25 ()

2. Tipo de parto:

Primigestas ()

Múltipara ()

3. Ha tenido abortos

Si ()

No ()

4. Durante el embarazo presento:

Anemia ()

Desnutrición ()

Bajo Peso ()

Ninguno ()

5. Se le transfundió sangre después del parto

Si ()

No ()

6. Tuve algún síntoma después del parto:

Mareo ()

Taquicardia ()

Hipotensión ()

Ninguno ()

7. En el momento del parto se le realizó:

Episiotomía ()

Tuvo desgarro ()

Ninguno ()

8. Cuál es el grado de satisfacción en la atención que le brinda el personal de enfermería

Alto ()

Medio ()

Bajo ()

Gracias por su colaboración

Encuesta a personal de enfermería sobre conocimientos de atención en el periodo de hemorragias uterinas en post parto y post cesárea.

Esta encuesta no representa ningún riesgo, ningún costo para usted ni recibirá compensación económica alguna por la cual mantendremos su privacidad así como su derecho a negar su participación por lo que pedimos responda las siguientes preguntas.

1. Planifica la atención de enfermería antes de proporcionar el cuidado en pacientes con hemorragias uterinas post parto y post cesárea.

Si ()

No ()

A veces ()

Nunca ()

2. Identifique que actividades de enfermería ejecuta a las pacientes durante su estadía en el post parto y post cesárea inmediato.

Control de signos vitales ()

Control de involución uterina ()

Valoración de la expulsión de loquios; color, olor, cantidad ()

Aseo genital ()

Todas las anteriores ()

Ninguna ()

3. Cree usted que la atención de enfermería brindada a las pacientes en el puerperio inmediato es planificada.

Si ()

No ()

Tal vez ()

4. Cree usted que el personal de enfermería está capacitado para brindar una atención de calidad y calidez a pacientes de post parto y post cesárea.

Si ()

No ()

5. Marque con una X cuando se considera el postoperatorio inmediato.

Las 24 horas posteriores al parto ()

Las 12 horas posteriores ()

Las 48 horas posteriores ()

Las dos horas posteriores ()

6. Recibe Ud. capacitación continua que le permita ofrecerle al paciente la atención esperada

Si ()

No ()

a veces ()

7. Del 1 al 5 como considera Ud. su responsabilidad de enfermería en la atención de post-parto, post-cesárea

Uno ()

Dos ()

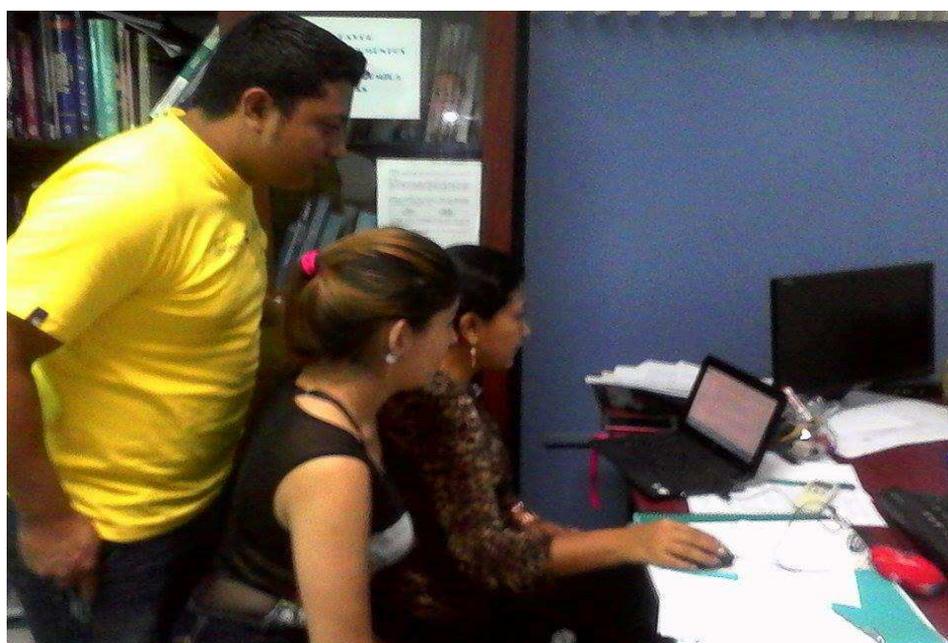
Tres ()

Cuatro ()

Cinco ()

Gracias por su colaboración

Recibiendo tutorías en la facultad de enfermería.

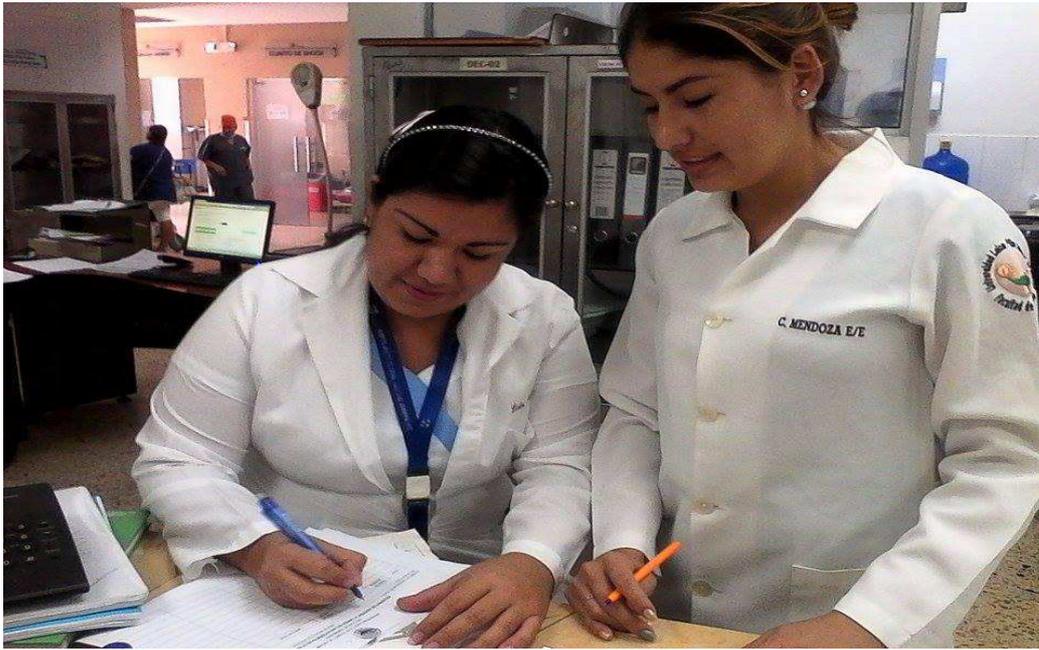




Realizando encuestas a pacientes de ginecología (parto y cesárea) en el hospital Rodríguez Zambrano manta.



Realizando encuestas a pacientes de ginecología (parto y cesárea) en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social



Realizando encuesta a el personal de enfermería del hospital Rodríguez Zambrano Manta.



Realizando encuesta a el personal de enfermería del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.



Realizando capacitación al personal de enfermería del Hospital Rodríguez Zambrano



Realizando capacitación al personal de enfermería del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.